



Prévention et vieillissement : l'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du "bien vieillir"

Stéphane Alvarez

► To cite this version:

Stéphane Alvarez. Prévention et vieillissement : l'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du "bien vieillir". Sociologie. Université de Grenoble, 2014. Français. NNT : 2014GRENH010 . tel-01145883

HAL Id: tel-01145883

<https://theses.hal.science/tel-01145883>

Submitted on 27 Apr 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE GRENOBLE

Spécialité : **Sociologie**

Arrêté ministériel : 7 août 2006

Présentée par

Stéphane ALVAREZ

Thèse dirigée par **Catherine GUCHER** et
codirigée par **Pascale TROMPETTE**

préparée au sein du **Laboratoire PACTE**
dans l'**École Doctorale SHPT**

Prévention et vieillissement : L'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du « bien vieillir »

Thèse soutenue publiquement à l'amphithéâtre de la MSH-Alpes,
le **1^{er} décembre 2014 à 14h** devant le jury composé de :

Mr Jean-Philippe VIRIOT-DURANDAL

Professeur à l'Université de Lorraine, président du jury

Mme Catherine GUCHER

MCF HDR à l'Université de Grenoble, directrice de thèse

Mme Pascale TROMPETTE

Directrice de recherche à PACTE-CNRS, co-directrice de thèse

Mr Didier DEMAZIERE

Directeur de recherche au CSO-CNRS, rapporteur

Mme Natalie RIGAUX

Professeur à l'Université de Namur, Belgique, rapporteur



Remerciements

Cette thèse est le fruit d'un travail éminemment solitaire, mais qui ne peut être réalisé sans le concours d'un grand nombre de personnes, chercheurs, acteurs et proches. Au moment d'écrire ces lignes, je pense à toutes celles et ceux qui m'ont apporté du soutien et de l'attention lors de ce long cheminement.

Je remercie en premier lieu mes directrices de thèse, Catherine Gucher et Pascale Trompette, pour leur patience, leurs conseils constructifs, leur bienveillance tout au long de cette étude. Leur complémentarité dans le suivi de thèse et leur soutien m'ont permis d'orienter certaines analyses dans des directions que je n'avais pas entrevues. Au-delà du travail de thèse, au sein du laboratoire PACTE, elles ont activement participé à ma formation au métier de sociologue, en m'insérant dans des équipes de recherche, en me confiant du travail de terrain et d'analyse, ou encore en me donnant la parole en séminaire de recherche. La confiance témoignée et le dialogue permanent sont pour moi un profond motif de satisfaction et de reconnaissance à leur égard.

Cette thèse a une dette importante envers Serge Dufoulon, pour sa confiance envers le jeune étudiant que j'étais lors de mes années d'études au département de sociologie de l'Université Pierre-Mendès France, confiance qui ne s'est pas démentie par la suite. Avec lui, je remercie l'ensemble des enseignants du département de sociologie de l'UPMF. Merci à Alain Blanc, pour son soutien dans mon projet de thèse depuis l'obtention du Master qu'il dirigeait et aux nombreuses discussions qui s'en sont suivies, merci à Pierre Le Quéau, Barbara Michel, Dietmar Loch, Pascale Ancel, Yvonne Neyrat, Marie Doga, Olivier Zerbib pour l'intérêt porté à mon travail et aux conversations, formelles ou informelles, toujours bénéfiques. Merci également à Florent Gaudez et aux doctorants du laboratoire EMC2-LSG, et en particulier à mon acolyte Nelson Rodrigo, pour les heures incalculables de travail en commun, et les nécessaires et bénéfiques moments de détente.

Annie Mollier, Denis Laforgue, Philippe Warin, Catherine Chauveaud, Marie-Pascale Limagne, Marie-Ange Gallet, Dominique Mansanti, Elsa Guillaud ont encadré mes premiers pas dans la recherche lors de rapports de recherche dirigés par Catherine Gucher au sein du laboratoire PACTE. Je tiens à les remercier d'avoir permis à cette recherche de s'épanouir dans des cadres collectifs extrêmement stimulants.

Plusieurs autres chercheurs ou acteurs de la recherche en sciences sociales, au-delà de l'univers grenoblois, ont joué un rôle important. Je tiens à adresser mes remerciements chaleureux et amicaux à Gilles Rouet et à l'ensemble de l'institut universitaire Franco-Slovaque, et plus particulièrement à Radovan Gura et Maria Rostekova. Merci également à François Soulages, et aux sociologues de la Nouvelle Université Bulgare et de l'Académie des Sciences Bulgare à Sofia, je pense particulièrement à Antony Galabov et Svetla Koleva.

Didier Demazière, Natalie Rigaux et Jean-Philippe Viriot-Durandal ont accepté de discuter ce travail. Je les remercie de faire partie de mon jury de soutenance, c'est un grand honneur pour moi.

La famille et les amis ont une place particulière, tant leur présence est nécessaire. Un grand merci à mes amis, Pinp, Dom, Nanou, Wahib, Matty, Iul, Didou, D'Alonz, Laureen, Régis, Hugo, Tony, Nunes, Dim, Lulu, Aissam, Serge et les autres. La liste est longue de celles et ceux qui ont su m'évader par moments des difficultés de la thèse.

Merci à ma famille, à mes parents, à mes sœurs, à mes grands-parents, pour leur présence et le soutien matériel, mais surtout affectif.

Je remercie enfin Sabrina Lemaire, pour sa patience, pour sa présence, pour ses encouragements. Merci de m'avoir supporté et d'avoir trouvé les mots justes dans les moments de doutes. Ces mots me manquent aujourd'hui pour exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance.

Table des matières

Introduction	1
1^{ère} partie : Une politique de prévention de la dépendance	16
<u>Chapitre 1 : La prévention, une catégorie d'action publique</u>	17
Introduction	18
I. Politiques de la prévention et production de normes sociales	20
I.1. La prévention en matière de santé	20
I.1.1. Santé et action publique	20
I.1.2. Hygiénisme et organisation sociale	21
I.1.3. L'éducation sanitaire : un projet social à doctrine prophylactique	24
I.1.4. Action publique et campagnes médiatiques de prévention : un renversement de perspective	25
I.2. La prévention spécialisée	29
I.2.1. Une histoire d'initiatives civiles et citoyennes locales	29
I.2.2. La jeunesse comme problème social et l'institutionnalisation de la prévention spécialisée	32
I.2.3. Le renversement sécuritaire : la prévention-répression de la délinquance	35
II. La prévention : une lecture foucaldienne	37
II.1. Prévention et sécurité routière	37
II.1.1. La voiture : un phénomène social en plein essor	37
II.1.2. Les sociétés d'assurance : pionnières dans le domaine de la sécurité routière	38
II.1.3. Quand l'Etat reprend la main : recherche d'expertise et faible impact législatif	40

II.1.4. Le cadrage tardif de la prévention routière autour du comportement du conducteur	43
II.2. Les logiques de constitution de la prévention en tant que catégorie d'action publique	45
II.2.1. Une problématisation fréquemment impulsée « par le bas »	45
II.2.2. La prévention : des mises en forme particulières, une même lecture sociologique	47
II.3. La prévention : une logique de gouvernement des corps	48
II.3.1. La prévention institutionnalisée étrangère aux logiques disciplinaires	48
II.3.2. La logique bio-politique à l'œuvre dans la prévention	51
Conclusion	54
 <u>Chapitre 2 : De l'encadrement des modes de vie à la mise en forme de <i>carrières</i> : les politiques de la vieillesse</u>	 58
Introduction	59
I. De la construction de <i>carrières</i> dans le parcours du vieillir	60
I.1. Des <i>carrières</i> dans le vieillissement socialement construites	60
I.1.1. La <i>carrière</i> en sociologie : la dialectique entre le récurrent et l'unique chez Hugues	60
I.1.2. Les trois dimensions de la notion de <i>carrière</i> en sociologie	62
I.1.3. De la socialisation dans la notion de <i>carrière</i>	65
II. La vieillesse comme problème public	68
II.1. L'invention des retraites et des retraités	68
II.1.1. La vieillesse comme problème social dans la société industrielle du 19 ^{ème} siècle	68
II.1.2. La prise en charge par l'Etat du risque vieillesse : le combat des retraites	70
II.1.3. Les ordonnances de 1945 : les retraites comme enjeu principal des politiques de la vieillesse	72
II.2. D'une politique des retraites à une politique des modes de vie	73

II.2.1. Une orientation politique novatrice	74
II.2.2. Les « innovateurs périphériques » comme traducteurs d'une politique du mode de vie	76
III. Politique de la dépendance et prévention	79
III.1. La dépendance : une nouvelle catégorie de l'action publique	80
III.1.1. La naissance de la catégorie « dépendance » : une catégorie gériatrique	80
III.1.2. La politique de la vieillesse dépendante	83
III.2. La construction institutionnelle de la dépendance : la grille AGGIR comme instrument de segmentation et d'entrée dans la <i>carrière</i> de dépendant	86
III.2.1. La grille AGGIR : gouvernance par les instruments et segmentation de la catégorie dépendance	87
III.2.2. Prévention et dépendance : deux étapes d'une possible <i>carrière</i> institutionnelle	89
Conclusion	92
 <u>Chapitre 3 : Rhétorique et argumentaire de la politique de prévention de la dépendance</u>	94
Introduction	95
I. La prévention dans les politiques de la vieillesse	96
I.1. La prévention dans le rapport Laroque et ses héritiers	97
I.1.1. L'aspect préventif dans la politique sociale	97
I.1.2. La prévention sociale chez les héritiers de la Commission d'Etudes	100
I.2. Santé publique et prévention contemporaine	103
I.2.1. L'espérance de vie sans incapacité : le dernier objectif de la santé publique	103
II. La politique de prévention du vieillissement	106
II.1. Le Plan National Bien Vieillir : forum de débats et arènes politiques	108
II.1.1. La charte d'Ottawa au prisme de la sociologie de la traduction	108

II.1.2. Le forum de débats : la production d'idées et d'un discours dominant	111
II.1.3. Les lois et plans gouvernementaux	115
II.2. Le Plan National Bien Vieillir et le langage de la science	120
II.2.1. Le « vieillissement réussi » : réussir son vieillissement en le combattant	120
II.2.2. Le « vieillissement réussi » : s'adapter au vieillissement	121
II.2.3. Prévention et adaptation : l'attente d'un Homme rationnel	124
II.3. Politique des modes de vie et prévention de la dépendance	127
II.3.1. Un retour à la politique des modes de vie ?	127
II.3.2. De la prévention du vieillissement à la prévention de la dépendance	130
Conclusion	134
 <u>Chapitre 4 : Le champ de la prévention de la dépendance</u>	 137
Introduction	138
I. La prévention de la dépendance au cœur de l'action sociale des caisses de retraite	140
I.1. La CNAV : de la dépendance à sa prévention	142
I.2. AGIRC-ARRCO : acteur pionnier de la prévention	148
I.3. Le cas d'un régime de base : la CNRACL	151
I.4. L'action sociale des GPS	154
II. Des actions de prévention sociale orientées vers les plus fragiles des retraités	156
II.1. L'action sociale traditionnelle en recul : des actions individuelles aux actions collectives	157
II.1.1. L'action sociale individuelle, dans la tradition de la politique des modes de vie	157
II.1.2. La prévention dans des actions collectives	161

II.2. La normalisation des modes de vie dans le parcours de vieillissement des plus « fragiles »	164
II.2.1. Fragilités	164
II.2.2. Les critères de la fragilité dans le champ de la prévention	167
II.2.3. La normalisation et la sécurisation des parcours de vie individuels	174
Conclusion	178

Seconde partie : Expériences du vieillissement, « bien vieillir » et rapport à la prévention 180

Chapitre 5 : Quelles expériences du vieillissement dans le contexte d'injonction au « bien vieillir » ? 181

Introduction 182

I. L'expérience du vieillissement au prisme des événements 185

I.1. Événements, adaptation et trajectoires de vieillissement : les caractéristiques de la *déprise* 187

I.1.1. Une lecture critique de la théorie du désengagement 188

I.1.2. Déclencheurs et stratégies de *déprise* 190

I.2. La notion d'événements et ses implications épistémologiques 193

I.2.1. Événement(s) et changement de logique d'action 194

I.2.2. L'événement : un opérateur d'engagement 200

I.2.3. Conception de l'événement et posture épistémologique 201

II. Présentation de l'enquête et du dispositif méthodologique 204

II.1. L'enquête 204

II.2. Expériences vécues, vieillissement réussi et rapport à la prévention : trois grandes tendances 207

<u>Chapitre 6 : Vieillir, un déclin inéluctable</u>	214
Introduction	215
I. <i>L'épreuve</i> du vieillissement	218
I.1. Le vieillissement, une <i>épreuve</i> de plus	221
I.2. Le vieillissement : une <i>épreuve</i> inattendue	224
II. <i>Déprise</i> et abandon des activités	229
II.1. Les événements, déclencheurs de <i>déprise</i>	230
II.2. Un <i>abandon-renoncement</i> aux activités	232
III. Le positionnement par rapport à la prévention	237
III.1. Une nuance en termes de genre : les femmes âgées et la gestion du stigmat	238
III.2. Le ressenti face à la prévention dans le vieillissement	240
Conclusion	245
 <u>Chapitre 7 : « Vieillir ? Cela s'apprend »</u>	 247
Introduction	248
I. Le vieillissement : découvertes et apprentissages	251
I.1. Apprendre des événements	253
I.2. Le vieillissement : un défi à réussir	258
II. <i>Naturalisation</i> et <i>socialisation</i> d'une compétence centrale : l'adaptation	263
II.1. L'adaptation aux événements et à leurs conséquences	264
II.2. Une <i>déprise</i> dans l'adaptation	268
III. Prévention et vieillissement, une association impensée	271
III.1. Des comportements produits de l'éducation	273
III.2. « <i>Dans le vieillissement, on ne peut rien prévoir</i> »	276
Conclusion	280

<u>Chapitre 8 : Le vieillissement ou la crainte d'un déclassement social</u>	282
Introduction	283
I. Les ruptures du vieillissement	288
I.1. La transition de la retraite : un couperet non pensé et non souhaité	288
I.2. Les troubles de santé, menaces à leur statut social	292
II. Les différents temps de la <i>déprise</i>	297
II.1. Le rebond de la retraite	298
II.2. Choix et sélection des activités	301
III. Pratiques préventives et non-adhésion aux programmes d'action	303
III.1. Les pratiques préventives, un marqueur social	305
III.2. Prévention et stigmatisation	308
Conclusion	311
Conclusion générale	313
Annexes	321
Bibliographie	340
Liste des figures	376

Introduction

La figure du noble vieillard, sage et attentif aux générations qui lui succédaient, une sorte de phare qui pouvait être modèle des sociétés antiques et traditionnelles n'est aujourd'hui pas très en vogue dans les sociétés modernes complexes. Si la littérature classique et ethnographique évoquait parfois ces « anciens » qui avaient traversé les épreuves du temps et avaient leur place assurée au sein de leur famille et de leur société, ces images d'Épinal ne sont désormais plus de mise. En France, les mots sont nombreux pour nommer celles et ceux qui ont gagné le droit de ne plus travailler ou la catégorie sociale à laquelle ces personnes sont rattachées : retraité, 3^{ème} âge, dépendant, etc. Ces individus constituent des groupes sociaux et administratifs complexes, susceptibles de constituer des groupes économiques, mais également d'être l'objet des politiques publiques.

Michèle Delaunay, nommée secrétaire d'État aux personnes âgées en mai 2012, à la suite de l'élection du président de la république François Hollande, poste quelques semaines plus tard un article sur son site internet. Intitulé *Mettre de la République au cœur de la politique de l'âge*, cet article est évocateur du rôle, passé, présent et futur des politiques publiques dans la gestion de cette dernière étape de la vie qu'est la vieillesse :

« La révolution de l'âge a été si radicale et si rapide (doublement de l'espérance de vie en un siècle) que la République n'a pas eu le temps d'y mettre complètement son nez. Non qu'elle n'ait rien fait (l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie par exemple a permis une nette amélioration de la prise en charge), mais elle n'a toujours pas pensé cette révolution dans les mêmes termes que ceux qui ont présidé à l'établissement de son système éducatif. [...] L'urgence est grande : le temps de la vieillesse est en passe d'atteindre le double du temps de la jeunesse. Dix-huit ici, bientôt pas loin de trente là. D'ores et déjà, les personnes de plus de 60 ans sont plus nombreuses que les mineurs. [...] Les âgés, s'ils sont à risque de perdre en autonomie quand au contraire les jeunes en gagnent, sont des adultes, des citoyens chevronnés, expérimentés, maintes fois affrontés aux batailles et aux épreuves. Autant que les autres – j'ai eu envie d'écrire : plus que les autres – ils doivent se sentir responsables de leur vie. [...] »¹.

Les interventions politiques, depuis la mise en place du système des retraites en 1945, ont contribué à organiser le cycle de vie. La retraite est un nouveau temps de la vie, que les politiques publiques, dans les années 1960 et 1970, vont structurer, que ce

¹ Extrait de l'article publié le 13 août 2012 sur le site www.michele-delaunay.net

soit, au niveau des modes de vie de cette nouvelle catégorie sociale des « retraités », comme dans leurs besoins d'aide et de soins. Les travaux sociologiques sur les questions de vieillesse et de vieillissement sont ainsi apparus dès lors que la population âgée a été désignée comme catégorie cible des politiques publiques. Les études font alors état d'une *institutionnalisation du cycle de vie* (Kohli, 1986), pensée comme l'organisation du cours de l'existence autour de la place centrale du travail salarié. C'est autour de ce dernier que les politiques publiques ont organisé les transitions et la partition de l'existence en trois étapes : une phase de préparation au travail, un long épisode d'activité puis une phase de retraite.

À l'intérieur même de cette période nouvelle de la vie des individus, se sont progressivement développées, durant la seconde moitié du 20^{ème} siècle, diverses politiques qui ont participé d'un découpage du temps de la retraite. Ces évolutions sont à comprendre en lien avec des phénomènes sociaux qui ont directement influencé les politiques de la vieillesse : citons, parmi d'autres exemples, les progrès de la médecine qui ont favorisé une augmentation de l'espérance de vie et donc du nombre de retraités dans la société pendant que la fin de la période dorée des « trente glorieuses » (Fourastié, 1979) et les chocs pétroliers des années 1970 plongeaient la société française dans une crise économique durable qui a amené les décideurs politiques à développer une politique de « désemploi » des travailleurs âgés, au titre des préretraites et des retraites anticipées (Gauillier, 1999 ; Guillemard, 2003).

Les premiers travaux de sociologie qui se sont intéressés aux questions d'âge, de vieillesse et de vieillissement se sont concentrés sur une lecture de la première pierre apportée à la politique vieillesse en France, c'est-à-dire, le rapport Laroque de 1962 et de ses prolongements jusque dans les années 1970. C'est alors « l'invention » du premier temps de la vieillesse qui a été étudiée, notamment par deux auteurs précurseurs dans la sociologie du vieillissement naissante² : Anne-Marie Guillemard (1980, 1986) a pointé le rôle du rapport Laroque dans l'orientation des politiques de la vieillesse vers la question du mode de vie des retraités pendant que Rémi Lenoir (1979) analysait « l'invention du troisième âge » comme conséquence de cette même politique basée sur une généralisation des pratiques des classes moyennes en plein essor et de la constitution du « *champ des agents de gestion de la vieillesse* », dont apparaissent en

² Il est nécessaire de souligner que les premiers travaux sociologiques se sont développés dans le contexte d'apparition de la gérontologie. Sur ce sujet, se reporter à Gucher (2012a).

premier titre les caisses de retraite complémentaires. Ces deux auteurs ont mis en relief les rapports de force entre différents acteurs politiques, tout comme ceux qui traversent les classes sociales, dans le but de définir les modes de vie à la retraite publiquement et politiquement légitimés.

L'apparition de questionnements autour des problèmes rencontrés par les plus âgés de cette population à la fin des années 1970 a entraîné une réflexion politique sur la situation de ces vieillards consommateurs de soins et d'aides quotidiennes. Il en résultera la politique de la dépendance institutionnalisée à la fin des années 1990. Les travaux sociologiques (Thomas, 1996 ; Ennuyer, 2003 ; Frinault, 2009) se sont alors concentrés sur ce second temps de la vieillesse, marqué du sceau de la dépendance et d'attributs négatifs qui signent le traitement médicalisé de cette nouvelle catégorie d'action publique.

À côté d'une lecture de la vieillesse « par le haut », en tant que mise en forme socialement structurée et organisée, qui privilégie l'analyse des politiques publiques, des institutions qui les promeuvent et des offres de services qui en découlent, s'est progressivement affirmée une sociologie qui a pour point de départ de la réflexion les expériences socialement situées du vieillissement. L'approche « par le bas » (Mallon, 2004), à partir des individus, a introduit une orientation du regard sociologique vers les acteurs sociaux eux-mêmes et vers le sens qu'ils donnent à leur avancée en âge et à leurs pratiques quotidiennes (Caradec, 2004), permettant ainsi de mettre en relief des formes différenciées de résistance, d'adhésion ou d'aménagement face au poids de la structure sociale et des politiques de prise en charge des questions de la vieillesse. Cette tendance s'appuie sur un cadre théorique sensible à l'expérience du vieillissement. C'est alors une approche compréhensive du vieillissement qui se développe en France depuis les années 1980, à la suite de travaux sociologiques nord-américains élaborés une décennie plus tôt à partir du constructivisme phénoménologique de Berger et Luckmann (1986) et de l'interactionnisme symbolique. Ce courant est hégémonique aux États-Unis depuis les travaux des deux générations de l'école de Chicago, Herbet Blumer, Everett Hughes, Howard Becker ou encore Erving Goffmann succédant à leurs pairs - et pères intellectuels - Georges Herbert Mead, William Thomas ou encore Robert Park³. Cette sensibilité théorique sera la nôtre dans cette étude qui se propose d'étudier les

³ Sur la genèse et les différents développements de l'école de Chicago, se reporter aux nombreux travaux de Cefai, notamment (2000) et (2001).

expériences du vieillissement au regard des injonctions contenues dans la politique de prévention dans le vieillissement qui s'institutionnalise en contrepoint de la politique de la dépendance.

Initiée au début des années 2000, la politique de prévention dans le vieillissement est toujours au centre de l'agenda politique actuel. Le 18 septembre 2012 en effet, Michèle Delaunay inaugurait « le train bien vivre pour bien vieillir »⁴, s'inscrivant par-là dans la suite d'une politique de prévention élaborée par ses prédécesseurs. C'est de cette politique de prévention censée favoriser un « bien vieillir » et de sa réception par les personnes âgées dont il est question ici.

Genèse d'un questionnement

Le « bien vieillir », un thème en vogue dans le débat médiatique et politique

Les débats autour de la dépendance ont agité et agitent toujours régulièrement la presse, que ce soit à l'occasion de la publication des projections démographiques à l'horizon 2060 et de la hausse inévitable des personnes très âgées qui feront appel au système de soins français⁵, ou pour relayer le débat politique sur la réforme de la dépendance promise par les différents gouvernements qui se sont succédé depuis 2007⁶.

Depuis la fin du siècle précédent, face à cette vision pessimiste du vieillissement de la population comme du vieillissement individuel, émerge une notion dont le but est de contrecarrer la progression du nombre de personnes âgées catégorisées comme dépendantes : le « bien vieillir ». Le nombre de publications de presse, d'ouvrages spécialisés, de colloques ou de congrès ayant trait au bien vieillir est désormais conséquent⁷.

⁴ Le dossier de presse de cette inauguration est disponible sur le site sante.gouv.fr.

⁵ Par exemple, l'article paru dans le Journal du Dimanche le 27 octobre 2010, sous le titre « La France va prendre un coup de vieux ».

⁶ À titre d'exemple, l'article du journal Le Monde du 25 février 2012, « La réforme de la dépendance enfin sur les rails ».

⁷ Une recherche sur le site de vente de livres amazon.fr donne plus de 800 résultats d'ouvrages ayant pour objet le « bien vieillir ». Parmi d'autres publications : Isabelle-Jordan-Guizzo, 1997, *Le bien vieillir*, éditions Frizon Roche ; Olivier de Ladoucette, 2014, *Le nouveau guide du bien vieillir*, Odile Jacob ; Anselm Grün, 2008, *L'art de bien vieillir*, Albin Michel ou encore Maurice Tubiana, 2007, *Le bien vieillir*, Fallois.

La notion de « bien vieillir » s'est vue consacrée politiquement le 24 janvier 2004 par Philippe Bas, alors ministre délégué à la famille, lors de l'annonce de la mise en place d'un « plan bien vieillir » qui donnait le départ d'une politique de prévention dans le vieillissement destinée à lutter contre les aspects négatifs du vieillissement. En ce qui concerne les politiques vieillesse, la politique de prévention apparaît donc à la suite de la politique de la dépendance. Ces deux politiques ne peuvent être étudiées indépendamment, tant elles expriment les deux versants d'un même processus social : l'une s'intéresse à la réussite du vieillissement afin de ne pas intégrer la catégorie de la dépendance, qui signifie une forme d'échec, de mal vieillir. Les manières de parler de la vieillesse et de définir les problèmes qui la concernent donnent des éléments de compréhension des manières dont elle est pensée et de l'évolution de la prise en charge des personnes âgées. Lorsqu'apparaît une nouvelle mise en forme problématique de la vieillesse, il s'agit de comprendre dans quelle logique elle s'inscrit par rapport aux diverses et multiples problématisations politiques que ce phénomène social a connues jusqu'alors.

Les définitions successives de la vieillesse comme « problème public »

De la création de la sécurité sociale en 1945 et du système des retraites, en passant par une politique des modes de vie qui fait du maintien à domicile et de l'insertion sociale des personnes âgées l'objectif prioritaire, jusque l'établissement d'une politique de la dépendance puis de prévention de la dépendance, les questions de vieillesse et de vieillissement sont investies de manières différentes par la puissance publique, en fonction du contexte économique et social, en fonction de l'évolution démographique, ou de bien d'autres facteurs.

Une partie de cette thèse traite de la façon dont une situation, un phénomène social devient un problème public (Gusfield, 2009). La prévention dans le vieillissement n'est pas apparue d'un seul coup, dans la conscience des décideurs politiques. Elle n'est pas sans lien avec les politiques précédemment établies, qui elles-mêmes disaient quelque chose de particulier dans la situation des personnes âgées et des problèmes à traiter. Mais la prévention dans le vieillissement est une préoccupation, qui au regard de l'Histoire, est extrêmement récente, tout comme la prise en charge des problèmes des plus âgés d'entre nous par les pouvoirs publics, qui il y a deux siècles, était inexistante.

Il s'agit alors de rendre compte des conséquences des diverses formes de problématisations de la vieillesse, et plus particulièrement de celle qui nous intéresse en premier lieu : la prévention dans le vieillissement. Pour ce faire, nous nous appuyons sur la pensée de Joseph Gusfield, pour qui « *le premier souci du sociologue attaché à la compréhension des problèmes publics est de rendre compte de leur caractère problématique* ». Dans son ouvrage de référence paru en 2009 dans sa version française, Gusfield analyse l'histoire du problème public de l'alcool au volant aux États-Unis. Formé à la sociologie en compagnie d'Howard Becker, d'Erving Goffmann ou encore d'Elliott Friedson, dans la seconde génération des sociologues de l'école de Chicago, Gusfield s'inscrit dans l'héritage pragmatiste des fondateurs du courant de l'interactionnisme symbolique. Dewey notamment, dans son ouvrage de 1927 *The public and its problems*, paru dans sa traduction française en 2003, s'est penché sur le processus de définition d'un problème public et celui, concomitant, de catégorisation de publics cibles.

La grille d'analyse de ces auteurs permet de penser la dynamique collective de constitution d'un problème public, en intégrant les rapports de force entre différents acteurs qui tous œuvrent pour la domination d'un sens et d'une appropriation spécifique du problème à traiter pour engendrer une forme particulière d'action publique. Cela rend possible la mise à jour des multiples acteurs, des institutions et des organisations qui débattent sur le périmètre du problème à traiter, sur la définition des frontières du problème public et sur la constitution de catégories d'action publique. Le caractère problématique d'un phénomène social et sa « publicisation », c'est-à-dire son intronisation dans la scène publique sont alors pensés comme « *la politique en train de se faire* » (Céfaï, 2009 : 226). Vont ainsi apparaître dans la première partie de cette thèse, des hommes politiques, parlementaires et sénatoriaux, des scientifiques, des médecins, des gériatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des assistantes sociales, des directeurs et directrices de fond d'action sociale, des caisses de retraite du régime général, des caisses de retraite complémentaire, des personnes âgées, et des conceptions différentes de ce que doit être la prévention dans le vieillissement, des débats d'idées, des plans gouvernementaux, des lois parlementaires pour finalement aboutir au processus de production d'une culture dominante de la prévention dans le vieillissement.

Cette perspective adoptée, résolument interactionniste, nous permet d'introduire une notion, elle-même développée au sein de la pensée interactionniste, celle de *carrière*. L'histoire des politiques de la vieillesse met en lumière diverses formes de catégorisations : les vieux ont d'abord été regroupés sous la catégorie sociale de « retraités », catégorie administrative officielle qui signe l'entrée dans le monde de la vieillesse, puis les plus mal en point d'entre eux sont désormais catégorisés comme « dépendants » et dépendent d'une autre institution, le conseil général, qui est l'instance de représentation de l'État au niveau des départements. Avant d'être dépendants, de nouvelles innovations sémantiques placent les individus chez les « seniors ». Des travaux de recherche, auxquels nous avons participé, parlent de « personnes âgées fragiles »⁸. La multiplication des catégories donne la possibilité aux personnes âgées d'être engagées dans un parcours à l'intérieur de celles-ci. Une personne retraitée peut être principalement prise en charge par sa caisse de retraite, mais un trouble de santé peut l'amener à intégrer la catégorie de la dépendance, ce qui fait bifurquer son parcours dans les catégories et dans les institutions : en sociologie, sous l'impulsion d'Everett Hughes, d'Howard Becker, d'Erving Goffmann ou encore Andrew Abbott, la *carrière* est devenue un concept qui permet de penser sociologiquement un parcours séquencé dans les institutions qui définissent et prennent en charge les catégories qui composent la vieillesse.

Le cadre théorique interactionniste, nourrit par ses influences pragmatistes, intègre dans l'analyse des stratégies d'appropriation des « problèmes à traiter », une réflexion sur l'enchevêtrement du pouvoir, du savoir, de la loi et de la norme, ou dit autrement sur les formes d'action publique qui mêlent l'État, mais aussi des acteurs de terrain qui peuvent faire émerger des problèmes publics et les individus vers qui sont orientées des décisions politiques.

La prévention et la réflexion sociologique

Avant de s'intéresser aux questions de vieillesse et de vieillissement, la prévention s'est développée dans des politiques publiques plurielles et fait aujourd'hui office de catégorie d'action publique relative à de nombreux segments de la vie sociale. Bien que différentes et multiples, les mises en forme de la prévention dans des politiques publiques ont été majoritairement étudiées par la sociologie au prisme du

⁸ Voir les annexes.

concept de pouvoir. Couplés à une approche historique et philosophique, les travaux de Michel Foucault ont particulièrement éclairé la forme particulière du pouvoir qui se déploie dans les sociétés modernes. La pensée de cet auteur rend possible une analyse de l'élaboration d'une politique de prévention dans le vieillissement comme une instauration par les décideurs politiques d'une « politique du vivant » qui effectue une tentative d'inscription du pouvoir jusque dans l'intimité même des personnes âgées. La prévention, en matière de santé, de sécurité routière ou dans le vieillissement, trouble les frontières entre l'espace public et l'espace privé, avec pour objectif de guider les individus jusque dans leurs pratiques et leurs comportements les plus quotidiens et intimes. La prévention, dans le vieillissement, entre dans les domiciles des individus, dans les plats qu'ils consomment, dans les activités qu'ils pratiquent, dans leur relation à leur corps et à leur avancée en âge, dans la façon de se soigner, et plus largement dans la façon de se comporter et d'être responsable dans la prise en charge de leur vieillissement, comme le met en exergue l'extrait de l'article de Michèle Delaunay cité plus haut.

Cette recherche se positionne dans le fil des réflexions sociologiques qui pensent la prévention comme une forme particulière de rapport entre le pouvoir détenu par les gouvernants, les connaissances élaborées par les producteurs de savoir, et les individus qui résistent, adhèrent ou se tiennent à distance de cette entreprise de contrôle des corps et du vivant. Être prévenant afin de « bien vieillir » introduit des normes de comportements, définies par ce que Foucault nomme le couple pouvoir/savoir. Tous ces concepts foucauldien, que sont « le biopouvoir », le couple pouvoir/savoir ou encore les dispositifs de contrôle dirigés vers les individus et les rapports de domination qu'ils induisent sont à chercher tout autant du côté de la production d'une culture de la prévention que dans les expériences mêmes des individus âgés vers qui est orientée la politique de prévention.

L'expérience du vieillissement face à la norme du « bien vieillir »

Les normes sociales définies « par le haut » et les rapports de pouvoir qu'elles impliquent dans la prévention en incitant les personnes âgées à prendre en charge leur vieillissement et à opter pour des comportements qui favorisent un « bien vieillir » demandent à être sondés au plus près des personnes intéressées, à savoir les personnes âgées elles-mêmes. À l'approche normative de la vieillesse, portée par les politiques

publiques et sur leurs formes de problématisations et catégorisations de la vieillesse se couple une approche compréhensive de l'expérience du vieillissement. C'est sous le concept de parcours de vie qu'est appréhendée l'expérience vécue de l'avancée en âge, non pas pour mettre en avant le débat autour de la *désinstitutionnalisation* du parcours de vie (Guillemard, 1983), mais pour comprendre l'impact du parcours de vie et des événements qui le ponctuent sur les diverses trajectoires de vieillissement, socialement situées, et sur ce que veut dire pour les personnes âgées « bien vieillir ». Ce n'est donc pas dans une approche structuraliste qu'est entendu dans ce travail le concept de parcours de vie, mais davantage comme une prise en compte des ancrages socio-économiques et culturels des personnes vieillissantes, de leurs carrières professionnelles comme de leurs différentes périodes d'éducation et de socialisation (Lalivé d'Épinay, 1991).

Ainsi, donner la parole aux personnes âgées permet d'interroger le sens que les individus donnent à leur vieillesse, à leur trajectoire de vieillissement en fonction de ce qu'ils ont connu dans leur vie et de faire ressortir la pluralité des manières de réagir à l'injonction au « bien vieillir ». À partir des entretiens réalisés auprès de personnes âgées seront mises en lumière les logiques et les dynamiques propres à chaque existence.

Cette recherche s'oriente ainsi dans deux directions. Le premier objectif est de fournir des éléments de compréhension des différentes mises à l'agenda de la vieillesse comme problème public. La démarche socio-historique cherche tout d'abord à montrer que la prévention dans le vieillissement, en tant que dernière forme de problématisation de la vieillesse, est constituée de deux traditions, l'une sociale, l'autre plutôt ancrée dans la santé publique. L'objectif est ensuite de déterminer les différents niveaux de production d'un discours sur la prévention et de leurs logiques associées pour faire ressortir la conception prédominante du sens de la prévention au niveau politique. L'attention sera ensuite focalisée sur les « acteurs intermédiaires » (Guillemard, 1988) qui sont à l'interface de la production politique et de la réception par les personnes âgées et qui participent au processus de construction du champ de la prévention dans le vieillissement.

Le deuxième temps de cette thèse propose une analyse de l'expérience individuelle du vieillissement. La pluralité des expériences du vieillir, déjà démontrée

dans de nombreux travaux de sociologie du vieillissement (Clément, Drulhe, Membrado, 1998) mobilisent en tout premier lieu la construction des identités. Ces études se centrent alors sur les transformations identitaires lors de l'avancée en âge (Caradec, 2004). Le cadre théorique compréhensif et interactionniste sur lequel repose la lecture de ces expériences du vieillissement dans ce travail ne se centre non pas sur les transformations identitaires dans la vieillesse, mais sur la façon dont les individus, en fonction des différenciations sociales qui jalonnent les existences et les parcours de vie, répondent aux injonctions normatives contenues dans la politique de prévention. L'ossature de l'analyse est alors constituée par la prise en compte de deux éléments centraux : les événements du parcours de vie et/ou de la trajectoire de vieillissement que les individus mobilisent dans leur propos pour justifier de la continuité ou de la discontinuité dans leurs pratiques sociales, leurs logiques d'action et le sens donné à leur vieillissement, mais aussi la *déprise*, qui, en tant que processus actif de réaménagement et de réorganisation des activités et des engagements au cours de l'avancée en âge, renseigne sur l'ensemble des ressources potentiellement mobilisables par les individus – pas seulement financières et économiques, mais également sociales et relationnelles, culturelles, symboliques, de santé, etc. Nous faisons d'ailleurs l'hypothèse que ces ressources discriminent fortement les pratiques quotidiennes, les comportements et les modes de vie, ainsi que l'appréciation portée sur son existence et son parcours de vie.

L'objet de la recherche est donc de comprendre, au prisme du parcours de vie des individus, le sens de l'expérience vécue du vieillissement au regard des injonctions contenues dans la politique de prévention du vieillissement. L'hypothèse sous-jacente est la suivante : la production d'injonctions normatives « par le haut », au niveau des instances décisionnaires et des acteurs qui mettent en place les programmes d'action de prévention de la dépendance n'est que faiblement opérante sur les pratiques sociales des personnes âgées, sur leurs logiques d'action et le sens donné à leur vieillissement.

Le dispositif d'enquête

Les niveaux de production de discours sur la prévention

Une partie du matériau mobilisé dans ce travail est constitué par l'abondante littérature ayant trait à la prévention dans le vieillissement. Afin de comprendre le processus par lequel la prévention fait l'objet d'une politique publique spécifique au vieillissement, un travail de recherche documentaire a été effectué. Trois niveaux de production ont été révélés par cette première phase de l'enquête : les multiples rapports parlementaires, sénatoriaux et gouvernementaux qui ont alimenté ce que nous nommons « le forum de débats » sur la prévention, les lois et les plans gouvernementaux, et enfin les études scientifiques relatives à la prévention dans le vieillissement dont certaines ont influencé le discours politique sur la question.

L'analyse des rapports et de leurs auteurs questionne en premier lieu les divers points de vue exprimés et les enjeux de pouvoir qui s'expriment pour la domination d'un discours et d'un sens particulier autour de la prévention dans le vieillissement. Entre des rapports de santé publique qui tentent de s'approprier la définition de la prévention dans le vieillissement en faisant de l'individu, sans distinction d'ancrage social, le responsable de sa propre santé et de ses comportements et de son mode de vie dans son avancée en âge et des rapports qui problématisent autour d'une nécessaire responsabilité politique dans la réduction des inégalités sociales de santé et dans la prise en compte des déterminants socio-environnementaux de la vie des individus, se joue l'orientation principale donnée à la politique de prévention dans le vieillissement.

15 rapports qui traitent directement de la prévention dans le vieillissement, ou qui contiennent une partie relative à cette question, ont été analysés. La plupart ont été élaborés depuis une quinzaine d'années et le début des années 2000, même s'il est à noter que des rapports plus anciens, que nous avons consultés, contenaient déjà des préoccupations en matière de prévention et de vieillissement. L'analyse a porté sur l'orientation principale – sociale ou santé publique – contenue dans chacun d'eux. Si certains se rangent explicitement dans une seule de ces orientations, il faut relever que d'autres participent à la controverse en soulignant les deux versants de la prévention, sans faire de la santé publique, par exemple, l'unique moteur d'une politique de prévention en pleine élaboration.

Le second niveau, celui des « arènes politiques », qui donnent lieu à des lois et des plans gouvernementaux, retrace les décisions politiques qui ont abouti à la production d'un plan central : le Plan National Bien Vieillir⁹ de 2007, qui pose les bases d'une politique de prévention en gérontologie. Ce plan - et son contenu - est étudié en tant qu'interface entre les décisions politiques prises en amont, dans des plans et des lois votées et appliquées et dont on retrouve des traces dans le PNBV, et une réorientation de la politique de la prévention qui fait suite à ce plan et à ses limites. Le PNBV est alors pensé comme l'initiateur d'une inflexion normative de la politique de prévention.

Enfin, le troisième niveau de production autour de la prévention entre dans la lecture foucaldienne du gouvernement des corps en pointant l'importance du couple pouvoir/savoir dans la production d'une culture de la prévention. Le PNBV propose des mesures dans le but d'assurer un « vieillissement réussi » et s'appuie sur une controverse scientifique qui propose deux conceptions différentes de ce concept, forgé par des médecins de santé publique, des gériatres et des psychologues. Il s'agit alors de rendre compte de la place de la production de formes de savoirs dans les décisions prises par les détenteurs du pouvoir.

Les acteurs à l'interface de la production politique et de la réception par les publics

Le deuxième temps de l'enquête appelait à une analyse de l'application concrète de la politique de prévention au plus près des individus concernés. Notre participation à un travail de recherche, au sein du laboratoire PACTE, portant sur « le bilan, les enjeux et les perspectives de l'action sociale en direction des personnes âgées »¹⁰, nous a donné la possibilité de mener une enquête qualitative auprès des directions nationales des départements d'action sociale des caisses de retraite du régime général et des caisses de retraite complémentaire. Celles-ci ont accompagné les politiques vieillesse depuis leur origine (Lenoir, 1979 ; Cadiou et Gagnon, 2005) et voient leur positionnement être redéfinis par les évolutions récentes de ces mêmes politiques. Le mouvement de déplacement de ces acteurs centraux de la politique de la dépendance vers la politique de la prévention questionne la mise en œuvre d'actions et de programmes de prévention. Afin de comprendre la logique de positionnement de ces acteurs intermédiaires entre la

⁹ Le Plan National Bien Vieillir est dans la suite de ce travail abrégé en PNBV.

¹⁰ Gucher C. (dir.), Mansanti D., Guillaud E., Mollier A. et Alvarez S., *L'action sociale en direction des retraités et des personnes âgées : bilan, enjeux et perspectives*, CGT – contrat d'études IRES 2012.

production politique et la réception par les publics, nous nous sommes entretenus avec des directeurs et directrices de fonds d'action sociale des principales caisses de retraite du régime général et des caisses de retraite complémentaire. Des assistantes sociales, qui mettent en œuvre sur les territoires les programmes d'action, viennent nourrir le matériau, recueilli par le biais d'entretien semi-directif de recherche. L'analyse qualitative a ainsi permis de faire ressortir les logiques d'établissements de programmes de prévention et d'actions proposées aux personnes âgées.

Enfin, 36 personnes âgées ont été interrogées, toujours dans le cadre d'entretiens semi-directifs de recherche, dans le cadre d'enquêtes collectives auxquelles nous avons participé. Une présentation détaillée de l'enquête menée auprès des personnes âgées est donnée dans le chapitre 5 de cette étude. L'objectif de cette troisième étape de l'enquête était alors de répondre aux questions suivantes : de quelles ressources subjectives et objectives les individus disposent-ils pour réussir leur vieillissement et reprendre à leur compte l'exigence de responsabilisation ? Quels sont les aspects positifs ou négatifs de l'expérience vécue des individus et comment les mobilisent-ils pour réussir ou non leur vieillissement ?

Plan de thèse

Deux parties forment l'ossature de la présente thèse. La première partie est consacrée à la prévention en tant que dernière forme contemporaine de problématisation de la vieillesse. Après avoir positionné la prévention comme une catégorie d'action publique et questionné les implications sociologiques de la montée en puissance d'une prévention institutionnalisée en France dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle (chapitre 1), l'étude des politiques de la vieillesse qui se sont succédé depuis 1962 permet notamment de mettre en évidence la mise en forme de *carrières* institutionnelles, en particulier autour de la segmentation de la catégorie de la dépendance (chapitre 2). Le processus de production d'une culture dominante de la prévention dans le vieillissement permet de mettre à jour les multiples acteurs qui ont participé à la définition d'un cadre normatif autour de la prévention dans le vieillissement qui demande aux individus vieillissants de s'adapter aux conséquences de leur avancée en âge et d'adopter des comportements responsables et un style de vie à même de préserver leur santé (chapitre 3). Enfin, l'analyse du discours et des actions élaborées par les « acteurs intermédiaires » qui participent à la construction d'un champ

de la prévention en gérontologie met en lumière l'opération de redéfinition des cibles de la prévention et des logiques de l'action sociale (chapitre 4).

Dans la seconde partie, il s'agit de mettre en évidence des grandes tendances de relation au « vieillissement réussi » et à la prévention repérées dans les propos des personnes âgées interrogées. Après avoir présenté le cadre théorique dans lequel est pensé l'analyse des expériences du vieillissement et le dispositif d'enquête relatif aux personnes âgées (chapitre 5), l'analyse des entretiens conduit à distinguer les déterminants du vieillissement vécu comme un déclin inéluctable (chapitre 6), ceux qui font du vieillissement un temps d'apprentissages et de socialisations (chapitre 7) et enfin ceux qui font du vieillissement une menace au maintien de positions sociales valorisées et valorisantes (chapitre 8).

1^{ère} partie

Une politique de prévention de la dépendance

Chapitre 1

La prévention, une catégorie d'action publique

Introduction

La prévention est aujourd'hui une notion centrale dans nos sociétés modernes. Dans le discours politique, dans le monde de l'entreprise, de l'école, de l'université, la prévention s'affiche partout. Parfois utilisée en tant qu'élément de discours et/ou de pratiques (Peretti-Watel, Moatti, 2009 : 7), parfois pensée comme un référentiel d'action publique (Argoud, 2012 : 92) ou comme un nouveau pacte social (Déchamp-Le Roux, 2012 : 81), la prévention est une notion polymorphe, imprécise, dont l'usage social et politique reste très éclaté (Bouquet, 2005 : 11).

Étymologiquement, le terme « prévention » vient du latin *praeventio*, dérivé du latin classique *praevenum*, et signifie « *action de devancer, action de prévenir en avertissant* ». L'idée de prévention semble donc impliquer une action. On retrouve cette part de l'agir dans ce que le sens courant admet comme étant de la prévention : elle est l'ensemble des mesures prises pour empêcher que ne se produisent des événements, ou des phénomènes, qui pourraient entraîner un dommage pour l'individu ou la collectivité¹¹. Désormais décliné dans des domaines très variés, ce terme est au cœur de nombreuses politiques publiques : il existe aujourd'hui des politiques de prévention contre le cancer, le sida, le suicide, l'alcoolisme, la drogue, mais aussi contre les accidents de la route, la délinquance, l'échec scolaire, le terrorisme, la pollution, les risques naturels, etc.

C'est justement le processus de construction d'une politique de prévention dans le vieillissement qui est l'objet de la première partie de ce travail, mais il est nécessaire dans un premier chapitre de se demander comment la prévention est devenue une catégorie d'action publique¹² dans de multiples secteurs de la vie sociale. Quelle dynamique sociale est au fondement de l'institutionnalisation des politiques de

¹¹ Les éléments étymologiques et lexicographiques sont issus du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, www.cnrtl.fr, site consulté le 5 mai 2014.

¹² Partant de l'idée forte en sciences politiques qu'un fait social ne devient problème public qu'à travers la catégorisation qui lui est appliquée, nous retiendrons dans ce travail une définition des catégories d'action publique proche de celle développée par Dubois (1999). Deux éléments sont à prendre en compte : tout d'abord, les catégories d'action publique participent au processus de légitimation et d'institutionnalisation des politiques : « *les catégories institutionnalisées de perception et d'action propres aux politiques publiques constituent l'objectivation institutionnelle de « problèmes » qui s'imposent à un moment donné comme cruciaux* » (Dubois, 2009). La formation des catégories d'action publique renvoie ainsi à l'affirmation des fonctions et des domaines d'intervention légitimes des pouvoirs publics. Enfin, en tant que principes institutionnalisés de division du monde social et d'action sur celui-ci (Bourdieu, 1993), les catégories d'intervention publique ont un effet sur la mise en forme du social. C'est à partir des catégories d'action publique que sont classées les populations et les groupes qui les composent.

prévention ? En quoi cela nous renseigne-t-il, socialement et sociologiquement, sur notre fonctionnement social et sur le vivre ensemble ?

L'idée de prévention, et la notion même de prévention existent depuis les premiers écrits des philosophes grecs. Elle traverse les siècles et ignore les frontières spatiales et temporelles. Cependant, la prévention n'a pas toujours été une catégorie d'action publique. C'est une notion d'abord utilisée dans le milieu sanitaire et pour les risques naturels. L'objet de la prévention est apparu au départ dans le domaine médical, avant de s'étendre des risques sanitaires aux risques sociaux (Bouquet, 2005 : 10-11). Elle devient ensuite en France une catégorie d'action publique dans divers secteurs, lorsque certains phénomènes sociaux deviennent des problèmes publics que l'État et ses institutions investissent pour en être les propriétaires. Ce qui ne veut pas dire que d'autres acteurs, et d'autres réseaux d'acteurs n'ont pas participé à la fabrique d'un phénomène particulier en un problème social qui demande des mesures et des actions particulières : bien au contraire, nous verrons à travers les trois exemples choisis que bien souvent, ce sont des initiatives locales et citoyennes qui impulsent un mouvement en faveur de la prévention.

En tant que notion d'abord utilisée dans le monde sanitaire, il était important de questionner l'apparition et l'institutionnalisation de la prévention dans le domaine de la santé. La fin du monopole du milieu médical dans la définition et les actions de « l'éducation à la santé » ont changé l'approche et le sens donné à la prévention par le monde politique et scientifique au milieu des années 1970. Sur le modèle de la prévention routière, ce sont des campagnes nationales d'information et de communication qui vont être les mesures favorites des politiques, et celles dont le corps social se souvient encore aujourd'hui, près de 30 ans plus tard. La prévention en matière de santé et la prévention des accidents de la route sont deux secteurs étudiés sous l'angle des réseaux d'acteurs mouvants, des luttes pour l'appropriation de l'espace politique et médiatique, ce qui nous apprend sur les différentes temporalités dans la problématisation du phénomène.

Le troisième secteur analysé a été choisi pour sa proximité avec ce qui compose le cœur de ce travail : la prévention dans le vieillissement. Une autre partie de la population, la « jeunesse », constituée en une classe d'âge, a depuis longtemps été investie par la prévention, pour devenir aujourd'hui un champ spécifique : la prévention

spécialisée. Orientée depuis ses débuts vers la jeunesse et plus particulièrement vers les jeunes en difficulté sociale, la prévention spécialisée a fait face à la transformation des enjeux relatifs à la jeunesse. C'est ici principalement l'effet des évolutions dans la problématisation de la jeunesse sur le champ et la signification de la prévention qui sera étudié.

Le second temps du chapitre questionnera les implications sociologiques de la montée en puissance d'une prévention institutionnalisée en France dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle.

I. Politiques de la prévention et production de normes sociales

I.1. La prévention en matière de santé

I.1.1. Santé et action publique

En matière de santé, l'histoire sociale regorge de tentatives multiples et variées du politique pour normer les pratiques sociales. Didier Fassin en donne de nombreux exemples dans son livre *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*, ouvrage qui présente également l'intérêt de donner une définition de la santé en tant que construction sociale, sur laquelle nous nous appuyons pour analyser la genèse de la prévention en matière de santé comme catégorie d'action publique. Ainsi la santé, en tant que construction sociale, donc historique, appelle une définition relationnelle qui ne se réduit pas à son acception biomédicale : « *plutôt qu'une réalité dérivée de définitions biologiques, médicales ou philosophiques, la santé apparaît donc simultanément comme une notion et un espace définis par les rapports entre le corps physique et le corps social* » (Fassin, 1996 : 35). Une telle orientation dans l'approche sociologique de la santé met en avant le fait que celle-ci est l'objet de luttes, symboliques tout autant que politiques (Edelman, 1971), et que c'est l'état de ces luttes et relations de concurrence qui tracent les frontières de l'espace politique de la santé, à un moment donné, dans une société donnée : « *la santé est un objet construit a posteriori aux termes de concurrences et de luttes entre les agents, tant pour énoncer ce qu'elle est que pour en faire prévaloir des modèles* » (Fassin, 2000 :10).

Ainsi, toutes questions relatives à la santé, et même lorsque certains de ses aspects sont érigés en problème public, ne font pas forcément l'objet d'interventions de la puissance publique¹³. En matière de prévention, la mise à l'agenda politique de programmes et d'actions de prévention ne suit pas automatiquement et mécaniquement le caractère public de certaines questions sanitaires. En d'autres termes, pour reprendre l'expression de Gusfield, le caractère public des problèmes sociaux ne fait pas toujours du monde politique le propriétaire de ces problèmes, celui-ci ne s'engageant pas constamment dans leur résolution, ou dans leur prévention : « *Bien au contraire, l'histoire de la santé, et des politiques de population en général, depuis le 19^{ème} siècle est parsemée d'exemples de travaux statistiques ayant attiré l'attention des savants, des autorités, voire d'un public plus large, sur les origines d'innombrables maux, sans pour autant déclencher d'intervention ; très souvent ces alertes ne suscitèrent d'ailleurs pas la moindre réaction concrète* » (Berlivet, 2013 : 103). La question, en ce qui concerne la prévention en matière de santé, est alors de savoir quand et par quel(s) processus elle devient en France une catégorie de l'action publique ? De l'hygiénisme aux actions de prévention en passant par l'éducation sanitaire, c'est d'une histoire de la prévention sanitaire qu'il est d'abord question.

I.1.2. Hygiénisme et organisation sociale

Bien que la prévention en matière de santé n'ait pas d'âge, et qu'elle ait toujours existé (Dozon, 2001), c'est au 18^{ème} siècle, au moment même où naît et se développe la médecine clinique, que s'effectue le tournant principal des pratiques préventives (Foucault, 1963). De tout temps liée à un soubassement idéologique, l'évolution du concept de prévention est « *indissociable de celle des valeurs de la société, de la place qu'elle réserve à l'individu, des découvertes scientifiques et médicales, de la situation épidémiologique et de l'économie en général* » (Robert, 2005 : 19). L'idéologie du progrès qui se diffuse au 18^{ème} siècle dans les sociétés européennes a fait la part belle à la santé, secteur qui a formidablement profité de ce que la croyance en le progrès a rendu possible. Mais parallèlement à ce travail de recherches d'éradication des causes des maladies, l'idéologie du progrès demandait également d'améliorer encore et toujours la santé des populations, dans un espoir de progrès infini. Dans cette société du

¹³ Il suffit de regarder de près l'intérêt manifesté par les deux ou trois derniers gouvernements en France sur tel ou tel problème public pour comprendre la variabilité du périmètre du politique face à un problème public de santé. À ce sujet, voir l'article de Benoit Lafon et Jean-Philippe de Oliveira, « Le cancer et la maladie d'Alzheimer, des chantiers présidentiels », *Communication*, vol 30/1, 2012.

progrès qui s'installe en rupture avec la société traditionnelle, la prévention se développe dans le courant de la médecine hygiéniste qui a un double projet : être un vecteur de réformes sociales en pourvoyant aux améliorations collectives en termes de modifications de l'environnement et des conditions de vie largement insalubres, dans un souci de prévention collective d'un côté ; et moraliser les comportements individuels en prônant l'adoption de styles de vie en accord avec les nouveaux principes de rationalité et de progrès de l'autre : l'hygiénisme rencontre les préoccupations d'ordre public de l'époque en cherchant à normaliser le comportement des classes laborieuses et des classes dangereuses (Chevalier, 1958).

Le premier objectif, collectif, de réformes sociales se traduit par l'implication de la médecine hygiéniste auprès des pouvoirs publics : le développement des villes est le creuset d'un paupérisme que les conditions de logement, de travail et les conditions de vie au sens large ne font qu'aggraver au regard des problèmes sanitaires qu'elles engendrent. À la fin du 18^{ème} et dans l'ensemble du 19^{ème} siècle se succèdent les initiatives, à l'origine locales puis législatives, sous l'effet du rapprochement des hygiénistes auprès des autorités politiques¹⁴. À ce titre, l'épidémie de choléra qui terrassa en 1832 près de 150 000 personnes incita de nombreuses municipalités à prendre d'importantes mesures d'assainissement urbain. On doit à l'hygiénisme la dissociation des réseaux d'assainissement et d'adduction des eaux, potables et usées, et plus largement l'ensemble des travaux du baron Haussmann, qui, outre leur projet à la fois esthétique et politique, s'expliquent également par la nécessité de combattre l'insalubrité urbaine en supprimant les foyers de pestilence (Schès, 1980)¹⁵. On retrouve dans les travaux haussmanniens un volet sanitaire, dans lequel l'urbanisme rencontre les intérêts sanitaires. L'aménagement de rues larges, et tout l'aménagement urbanistique sont des mesures de prophylaxie pour éviter la propagation des épidémies. Mais ces travaux colossaux sont également reliés à des préoccupations esthétiques, d'espace public et concerne le second volet de la prévention telle qu'elle vit dans l'hygiénisme des 18^{ème} et 19^{ème} siècles : les travaux d'Haussmann participent également d'un

¹⁴ Il s'agit alors d'une fabrique des politiques où la place de l'expertise dans l'élaboration des politiques publiques et de l'action publique est prépondérante (Saurugger, 2002 : 375).

¹⁵ La première grande loi de santé publique apparaît cependant relativement tard, en 1902, avec la loi sur les bureaux municipaux d'hygiène. Dirigés par un médecin, ils sont chargés de contrôler les épidémies, de procéder aux vaccinations, de vérifier le bon fonctionnement des réseaux d'eau, mais également de donner des conférences d'hygiène hebdomadaires pour diffuser les bonnes pratiques corporelles et d'hygiène dans les familles, notamment dans les classes populaires. En complément, les bureaux d'hygiène publient des brochures destinées à l'ensemble de la population, « *censées participer à l'acculturation fondée sur la connaissance* » (Bourdelaïs, 2009 : 11).

aménagement des modes de vie et de la normalisation de la vie quotidienne des classes laborieuses (Tricon, 2014).

La seconde préoccupation des médecins des Lumières et de leurs héritiers de redresser les comportements des individus, principalement des classes populaires se comprend également à l'aune de l'idéologie du progrès qui combat les croyances qualifiées d'obscurantistes et d'irrationnelles en déclin qui régissaient l'organisation de la société et les pratiques quotidiennes individuelles, analysées comme des comportements « de classes ». C'est toute la résonance moralisatrice de l'hygiénisme qui s'exprime dans le versant individuel de la prévention. La maladie est dénoncée comme la conséquence de la débauche, de l'alcoolisme et de tous les comportements décrits comme impurs, irrationnels. L'hygiénisme tente alors de redéfinir le rapport du sujet à son corps par l'éducation des sens en introduisant deux principes : le souci de soi et l'auto-régulation face aux multiples plaisirs de la vie. Cette conception de l'hygiène et de la prévention induit un changement majeur dans la question de l'expertise médicale : *« elle fait de l'individu en société et de la perception qu'il a de son propre corps la source de toute réflexion sur la conservation de la santé, transcendant la distinction entre le médecin et celui qui ne l'est pas »* (Rey, 1993 : 37). Elle est ainsi significative de son époque : l'idéologie du progrès inonde toutes les strates de la société et ce progrès doit être bénéfique à tous, pour le bien de la collectivité. La prévention dans la tradition hygiéniste donne la priorité à la société : la moralisation des comportements individuels est au service des gains que la collectivité peut en retirer, c'est cette dernière qui doit être protégée avant tout, et le développement des connaissances ne se cantonnent pas aux médecins. Médecin, chacun est l'invité à l'être pour soi-même, pour rendre possible le bien de tous. Le souci de soi est alors un devoir moral pour le bien de tous.

Depuis l'instauration de l'État providence à la Libération, la prévention en matière de santé publique vit dans un système étatique qui, en fixant les devoirs de la société envers chaque individu, gouverne dans le même temps les corps. Comme l'a montré Pierre Rosanvallon (1990), c'est désormais l'État qui protège l'individu, notamment contre la perte de revenu en organisant la solidarité entre agents productifs. C'est donc toujours dans une préoccupation de santé collective, tout autant que de santé économique de la Nation, que la prévention dans un système étatique impute la responsabilité de la santé aux individus, pour le bien de la collectivité. Alors que le

passage à un accès aux soins généralisé, permis et garanti par l'établissement du système de sécurité sociale a ouvert la voie, au cours d'une forte période d'expansion économique, à la gestion des risques sociaux, la prévention sert à réguler tout autant les comportements individuels que l'explosion des dépenses de santé, qu'il est nécessaire de contrôler dans un contexte économique dégradé. La prévention est orientée vers les individus afin que ceux-ci modifient leurs comportements et modes de vie pour que le système puisse continuer à les protéger, chacun individuellement, dans un souci de solidarité nationale.

I.1.3. L'éducation sanitaire : un projet social à doctrine prophylactique

Au fil de l'histoire sociale, le concept de prévention en matière de santé prendra la forme d'une politique populationniste, puis hygiéniste (Robert, 2005 : 20), comme nous venons de le voir. C'est au début du 18^{ème} siècle qu'apparaît la prise en responsabilité par les pouvoirs publics de la santé des populations. L'objectif est alors de disposer d'une main d'œuvre abondante et en meilleure santé possible et de soldats vigoureux, notamment pendant les guerres de la Révolution et de l'Empire. La prévention, dans ce souci populationniste, était centrée sur les maladies infantiles afin de combattre la mortalité infantile. Tout est fait pour ne pas laisser mourir en bas âge des enfants qui auraient pu devenir de bons soldats. Cette idée de gaspillage apparaît d'ailleurs dans l'*Encyclopédie* de Denis Diderot qui déclare : « *La mortalité infantile est un gaspillage insupportable pour une société* ». La notion de prévention se confondra ensuite, au 19^{ème} siècle, avec celle d'hygiène publique, tradition qui perdurera jusqu'au 20^{ème} siècle. La politique hygiéniste va connaître cependant une évolution considérable avec la naissance d'une réflexion qui associe le concept de « prévention » à celui d'éducation sanitaire, devenant un véritable projet social (Robert, 2005 : 23). Au centre de ce projet se trouvent des grandes figures de la médecine de l'époque : Pierre Delore, docteur en médecine et médecin des hôpitaux de Lyon, à l'origine de la revue *La santé de l'homme* ; Lucien Viborel et Jacques Parisot, professeurs d'hygiène et de médecine qui tous deux créent à la Libération le *Comité français d'éducation sanitaire et sociale*, principal organisme public en charge de ces questions.

De quelle manière est alors pensée l'éducation sanitaire ? Ses promoteurs, par ce biais, actualisèrent la notion de « responsabilité individuelle » face à sa propre santé, dans une démarche moralisatrice et prophylactique : « *cette accession de chacun à une*

responsabilité personnelle, rendue consciente de ses devoirs vis-à-vis de soi-même et des autres, en vue d'une sauvegarde réaliste du bien-être physique, mental et social de chacun et de tous, est l'objet même d'une éducation sanitaire bien comprise, nous ne pensons pas qu'elle doive être considérée comme un mythe » (Aujoulat, 1969). Les articles parus dans la revue du *Comité Français d'Éducation Sanitaire et Sociale* (CFESS), *La santé de l'homme*, insistent dans la période 1945 – 1970 sur le manque d'éducation des classes populaires et les effets délétères sur la santé (von Bueltzingloewen, 2012 : 17). Pierre Delore écrit « *la maladie n'est ni une fatalité ni un héritage, mais dans la plupart des cas, le résultat de l'ignorance ou de la négligence* ». Les « lois de la vie » d'Alexis Carrel¹⁶ sont régulièrement citées dans les écrits de l'époque¹⁷, présentant la mission éducatrice de la médecine préventive comme l'inculcation, aux classes populaires en particulier, des principes administrant un ordre biosocial que les êtres humains devaient respecter (Berlivet, 2004 : 51).

Cette vision est également en vogue dans les institutions politiques. Elle est défendue dans un rapport de 1972 au premier ministre. Le rapporteur, Mr Legrand, haut fonctionnaire, réaffirme « *le bien-fondé des quatre règles de conduite déduites des lois fondamentales de la nature humaine formulées par Alexis Carrel* »¹⁸. Ce début de la décennie 1970 marque cependant un tournant dans l'approche institutionnelle, jusque-là représentée par le CFESS.

I.1.4. Action publique et campagnes médiatiques de prévention : un renversement de perspective

Le processus ayant abouti à l'organisation de la première campagne française de prévention résulte tout d'abord des transformations structurelles des États européens dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle (Berlivet, 2004 : 46). Les élites politiques et médicales, en Europe du Nord et au Canada notamment, avaient perçu l'intérêt de

¹⁶ Chirurgien et biologiste français, prix Nobel de physiologie ou médecine en 1912 et apôtre de l'eugénisme, il défendait la thèse que l'Homme était tributaire d'un ordre biosocial auquel il devait se soumettre.

¹⁷ Un autre exemple significatif de la mission paternaliste et moralisatrice de l'éducation sanitaire de l'époque se retrouve dans l'article du Dr Arnaud, « La TV et son impact. Session d'étude sur les techniques d'éducation sanitaire d'avril 1969 », paru dans *La santé de l'homme* en 1969, dans lequel l'auteur dénonce « *l'évolution délétère d'une société de consommation* » qui entraîne « *la perte du respect dû aux lois de la vie* », particulièrement chez « *les classes populaires qui n'ont plus d'autres éléments de culture et d'information que la télévision* ».

¹⁸ Services du premier ministre – comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, *Sur l'éducation sanitaire et sociale. Rapport présenté par Mr Legrand, administrateur civil, 1972.*

développer une politique de prévention novatrice dès l'immédiate après-guerre. Ces pays, du fait de l'accroissement de la demande de protection de la part de l'État, caractéristique des *Welfare States* fraîchement instaurés, souhaitent encadrer la croissance des dépenses de santé, qui menace la stabilité économique de ces pays. La France suivra ce mouvement, au moment même où le choc pétrolier marquera la fin des 30 glorieuses. Ainsi, dans les préparations aux VI^{ème} et VII^{ème} plans, émerge l'idée de ne plus sacrifier au « tout hospitalier », et de développer la prévention, alternative essentielle à des actes médicaux toujours plus coûteux. La prévention en matière de santé est alors pensée comme un véritable outil de politique publique qui doit servir la maîtrise des dépenses de santé (Palier, Bonoli, 1995).

C'est dans ce contexte, couplé aux critiques de plus en plus vives sur l'idéologie de l'éducation sanitaire qui se faisaient jour à l'intérieur même du CFESS, devenu en 1972 le *Comité Français d'éducation pour la Santé*, le CFES, qu'il faut comprendre l'inscription à l'agenda politique, à partir de 1975, d'actions de prévention, essentiellement centrées sur une logique de programmes de communications de grande envergure.

Simone Veil, désignée ministre de la Santé en 1974, investit rapidement un « problème public » en voie de construction. Un rapport de la commission du cancer, mené sous l'expertise de médecins, impute au tabagisme la hausse spectaculaire des cancers du poumon, et sera immédiatement suivi de la « loi Veil » de juillet 1976 sur la limitation de la publicité pour les produits du tabac et l'interdiction de fumer dans certains lieux publics. À ce côté légal, la ministre et ses services annoncent en complément une « action d'information » ambitieuse, prenant exemple sur les actions de prévention routière organisées depuis 1973. On peut alors parler, en matière de prévention dans le domaine sanitaire, de processus de mise à l'agenda par le haut (Padioleau, 1977), qui se développera rapidement à d'autres enjeux de santé publique : alcoolisme, puis par la suite prévention du sida. Les campagnes de prévention deviennent le moyen d'action publique polyvalent, par la mobilisation des moyens de communications de masse, ce qui va tendre à rendre beaucoup moins visibles et légitimes les actions locales développées par les « éducateurs pour la santé », en lien direct avec les publics cibles (Berlivet, 2004 : 47).

Cette ambition ministérielle de développer des campagnes de grande envergure au niveau national *via* les mass médias, en retournant la perspective doctrinale qui consistait à rappeler à l'ordre les individus irrespectueux de l'ordre biosocial, va se concrétiser en une réorganisation de l'action publique, « *par une reconceptualisation radicale de la prévention en même temps qu'une transformation du mode opératoire des interventions* » (Berlivet, 2004 : 50). Là où l'éducation sanitaire était définie, mise en place et diffusée par des médecins et professeurs d'hygiène au sein du CFESS, la ministre de la Santé et ses services vont mettre en place à la tête de ce comité désormais nommé CFES¹⁹ des experts en communication chargés d'exploiter les potentialités des médias audiovisuels, ainsi qu'une nouvelle catégorie de personnel, recrutée pour leurs compétences en sciences sociales : diplômés de sociologie, psychosociologie, démographie, économie, etc. (Berlivet, 2013).

La transformation de la composition de la sociologie du CFES exprime cette volonté d'inverser la perspective concernant la prévention des risques sociaux et de reconfigurer l'espace social de l'éducation pour la santé. Les experts en communication et en sciences sociales eurent pour tâche de penser et de préparer les messages de prévention. Par le biais des méthodes classiques de la sociologie, entretiens semi-directifs, *focus groups* ou questionnaires, couplées aux études de comportements de santé et d'études sur la motivation, Emeric Deutsch, directeur de la Sofrès-Communication et professeur de psychologie sociale à Sciences Po Paris, et Eliseo Veron, argentin, ancien étudiant de Lévi-Strauss et Roland Barthes, ont introduit au CFES une vision du monde à l'opposé de la philosophie morale et politique de ceux qui se réclamaient de Carrel. Désormais, la prévention passe par l'étude de la sociabilité du groupe cible, par la compréhension des éléments symboliques, pratiques et socialement situés de leur comportement, afin d'anticiper la réception des messages de prévention.

¹⁹ - L'abandon du terme « sanitaire », pour l'expression « pour la santé » traduit la perte d'autorité du discours hygiéniste ayant eu cours jusqu'au début des années 1970, tout autant que l'imposition progressive d'une définition positive de la santé, qui n'est plus cloîtrée dans son contraire : la maladie.

- En terme de politique publique, le choix de confier la mission d'organisation des campagnes de prévention à un organe existant, le CFESS, qui était alors une association régit par la loi 1901, pour devenir le CFES, organe de service public, traduit ce que Pierre Lascoumes appelle le poids du « déjà-là », traduction de la notion anglo-saxonne de *path dependency*, sentier de la dépendance, pratique courante dans les politiques publiques contemporaines (Lascoumes, 1996). C'est dans cette même logique que le CFES a été remplacé en 2002 par l'INPES, l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé.

Le développement de ressources institutionnelles, dans les années 1970, a ainsi pour but de maîtriser le savoir de la prévention, constitué en prenant appui sur l'expertise des spécialistes, que ce soit ceux de santé, sur lesquels s'appuient les politiques pour élaborer des rapports publics et ainsi faire émerger un « problème public », puis les experts en sciences sociales et en communication, qui tous ont influé sur la définition et la mise en œuvre pratique de l'entreprise de prévention²⁰.

À ce titre, en matière de santé, dès lors que la prévention est investie par les gouvernants, c'est essentiellement une prévention primaire qui se développe, par une multiplication de campagnes d'informations au niveau national. La distinction, établie par l'Organisation Mondiale de la Santé, échelonne la prévention en 3 temps :

- la prévention primaire, dont le but est d'empêcher la survenue d'une maladie dans une population, au moyen de campagnes de vaccinations et d'actions d'information et d'éducation concernant les facteurs de risque ;
- la prévention secondaire comprend « *tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie* ». Elle consiste donc en la détection et le dépistage de la maladie afin d'éviter son développement et son aggravation en la traitant à temps.
- la prévention tertiaire qui vise à éviter les séquelles des maladies et les rechutes, et qui étend ainsi la prévention au domaine de la réadaptation²¹.

Depuis l'instauration, par le ministère de la Santé, du CFES comme organe central de la mise en œuvre et de la définition de la prévention, les campagnes médiatiques se sont succédé, en élargissant le périmètre d'intervention et de cibles de la prévention : se sont multipliés les spots sur les dangers du tabagisme²², de

²⁰ Pour une analyse féconde des rapports entre les spécialistes scientifiques et l'intervention publique depuis la fin de la seconde guerre mondiale, se reporter à V. Berridge (ed.), *Networks of knowledge and power : science, research and policy since 1945*, Londres & Amsterdam, Rodopi, 2005.

²¹ Définitions de l'OMS. Se reporter au site www.who.int/about/definition/fr. Site consulté le 5 mai 2014.

²² Le premier spot publicitaire sur les méfaits du tabac est diffusé en 1976, intitulé *Sans tabac, prenons la vie à pleins poumons*. Le CFES élaborera ensuite une nouvelle campagne par an.

l'alcoolisme²³, des drogues, de l'abus d'usage de médicaments, et sur la prévention du Sida²⁴.

Cette nouvelle forme d'action publique que sont les grandes campagnes de prévention signe la transformation radicale du mode de communication privilégié par les pouvoirs publics à partir des années 1970 en matière de prévention santé. Une telle orientation dans la manière de penser la prévention et de la mettre en œuvre, décidée par Simone Veil et ses collaborateurs, a été grandement influencée, nous le verrons dans la seconde partie de ce chapitre, par les actions de prévention routière organisées depuis 1973. Un second exemple autour de la prévention spécialisée a l'intérêt de montrer la construction d'une catégorie d'action publique orientée vers une classe d'âge particulière de la société, à savoir « la jeunesse », et à l'intérieur de celle-ci les fractions les plus en marge de la société.

I.2. La prévention spécialisée

I.2.1. Une histoire d'initiatives civiles et citoyennes locales

L'histoire de la prévention spécialisée et de sa constitution en tant que champ ne peut se penser en dehors de l'émergence de la jeunesse en une « nouvelle classe d'âge » (Morin, 1986). La prévention spécialisée, en tant qu'action sociale exerçant sa mission auprès des jeunes et des familles en difficulté sociale (Lecompte, 2002 : 13), a une histoire mouvante et complexe qui fait apparaître une diversité d'acteurs, institutionnels ou issus de la société civile, une recomposition permanente de son champ sous l'effet de luttes d'appropriation d'actions pionnières, ainsi qu'une évolution dans la définition politique de la prévention. Une constante apparaît cependant, ce qui distingue fortement l'esprit de la prévention spécialisée de celui de la prévention routière qui vient à la suite : elle s'adresse à une population défavorisée, et c'est autour de ce public qu'elle s'est construite et qu'elle développe depuis toujours ses actions.

La prévention spécialisée n'a cependant pas toujours existé en tant que catégorie d'action publique. C'est au moment où la jeunesse devient un phénomène social de

²³ Le slogan de la première campagne de prévention des méfaits de l'alcool compte parmi les plus connus et les mieux mémorisés de toutes les campagnes de communication publique menées par le CFES : *Un verre ça va, trois verres, bonjour les dégâts* diffusé en 1984. Voir *La lettre du CFES*, n°2, avril 1992.

²⁴ La première campagne date de 1987. Sur l'air de *il court, il court le Sida*, le slogan des spots TV sera *Le Sida, il ne passera pas par moi*. 12 autres campagnes de communication publique menées par le CFES suivront entre 1985 et 2000.

masse qu'apparaissent les premières expérimentations locales, menées dans le « milieu naturel » des jeunes en difficulté d'insertion sociale, c'est-à-dire leur quartier d'habitation. En effet, alors que l'adolescence se crée un espace spécifique dans la pyramide des âges (Philibert, 1968) et s'autonomise dès l'entre-deux-guerres en refoulant l'enfance en amont, sous l'effet de la généralisation de la scolarité et du prolongement de l'âge scolaire (Galland, 1984), des personnes de la société civile, médecins, psychiatres, juristes, épaulés par des travailleurs sociaux, font l'expérience des limites des actions institutionnelles : la scolarisation, notamment, n'empêche pas les phénomènes de délinquance ou de marginalité sociale qui frappent une partie de la jeunesse. Les réponses institutionnelles – placer le plus souvent les jeunes délinquants et en marge de la société dans des établissements fermés, avec un fonctionnement proche des institutions totalitaires (Goffman, 1968) - montrent leurs limites et poussent certains à répondre différemment aux problèmes posés localement par des jeunes²⁵. Des centres d'accueil, des clubs de loisirs, des structures favorisant la réunion des jeunes du quartier autour de projets sportifs ou éducatifs se multiplient dans les quartiers défavorisés des grandes villes.

Ce qui ne s'appelait pas encore de la « prévention » émane ainsi du « terrain », dans un souci d'insertion sociale de la frange de la jeunesse en marge de l'avancée économique et sociale des 30 glorieuses, *via* des modes d'intervention basés sur une conception éducative des rapports entre adultes et jeunes (Berlioz, 2002 : 33). Là où les réponses étaient essentiellement coercitives, dans les établissements de rééducation, les travailleurs sociaux et des personnalités fortes de certains quartiers développent des actions d'éducation et d'insertion, renversant la logique des actions institutionnelles.

De 1945 à 1960, les actions politiques en direction de la jeunesse sont extrêmement sectorisées (Tétard, 1986). Trois ministères interviennent principalement, chacun développant sa logique propre. Le ministère de la Santé a la charge d'assurer la protection des mineurs en danger moral, déficients et victimes de guerre. Son action s'organise autour des notions d'enfance inadaptée et déficiente, imposées par des neuropsychiatres de l'enfance et des pédopsychiatres (Chauvière, 1980). Le ministère de la Justice traite exclusivement de la délinquance des jeunes, et le ministère de

²⁵ Pour un historique précis des diverses expériences menées de 1943 à 1960 dans plusieurs villes françaises, se reporter à Berlioz G., *La prévention dans tous ses états*, Paris, L'Harmattan, 2002, p. 31 à 38.

l'Éducation Nationale peine à développer une véritable politique d'intégration des enfants inadaptés. Au contraire, l'Éducation Nationale met en place des mesures catégorielles pour tous ceux qui ne se font pas « au moule » qu'elle propose en créant des établissements spécialisés : Institut Médico-Educatif (IME), Institut Médico-Psychologique (IMP), etc.

Face à cette disparité et cet éclatement des politiques en direction de la jeunesse, les expériences locales et le travail des travailleurs sociaux vont s'unifier dans des Clubs et Équipes de Prévention, où vont se développer les actions éducatives, sportives, mais aussi personnalisées et ambulatoires. Les CEP et les bénévoles qui y travaillent en collaboration avec les travailleurs sociaux refusent la notion de délinquance et font de l'inadaptation leur champ potentiel d'action (Peyre et Tétard, 1985). Cette notion d'inadaptation permet d'éviter la sectorisation des problèmes de la jeunesse connue dans le monde politique, pour englober toutes les formes sociales d'exclusion de la jeunesse. Ainsi, des premières initiatives bénévoles et citoyennes à la fin de la guerre se constituent des Clubs et Équipes de Prévention, qui existent toujours aujourd'hui et dont la mission est de *« mener une action éducative tendant à faciliter une meilleure insertion sociale des jeunes, par des moyens spécifiques supposant leur libre adhésion. Ces organismes doivent disposer d'une équipe de travailleurs sociaux : éducateurs de rue, animateurs de rue »*²⁶. En résumé, les dimensions constitutives des CEP forment des éléments d'identité et de reconnaissance dont on retrouve les traces dans les clubs d'aujourd'hui :

- « - ils sont le fruit d'initiatives locales ;
- ils apparaissent dans des milieux urbains difficiles ;
- les initiateurs, quelles que soient leurs origines, sont convaincus des limites des prises en charge institutionnelles traditionnelles et veulent expérimenter d'autres modes de relation avec les jeunes en difficulté ;
- la bande ou le groupe de jeunes sont abordés comme un élément constitutif du milieu naturel ;
- la notion de prévention de la délinquance juvénile est insérée dans le concept plus large d'enfance inadaptée » (Berlioz, 2002 : 42).

Alors que la prévention se développe au travers des CEP et des travailleurs sociaux qui donnent une orientation singulière à la façon dont est menée la prise en charge de la jeunesse « inadaptée », c'est lorsque la jeunesse va passer du phénomène

²⁶ www.action-sociale.org site consulté le 23 avril 2014

social de masse à celui de problème social que la puissance publique va prendre en main la politique de la jeunesse, en capitalisant sur ces initiatives locales et citoyennes.

I.2.2. La jeunesse comme problème social et l'institutionnalisation de la prévention spécialisée

L'adolescence est devenue le stade chronologique entre l'enfance et l'âge adulte en accédant au rang de phénomène social de masse dans les premières décennies d'après-guerre dans une société française en pleine recomposition (Morin, 1966). Cependant, la « jeunesse » va connaître à partir des années 1960 des modifications également qualitatives. La démocratisation des effectifs à tous les stades du système éducatif : collèges, lycées, universités va progressivement entraîner une perte de la signification positive du travail comme une activité en soi, pour s'imposer dans la jeunesse par le salaire et les droits qu'il procure, dans une période marquée par la fin proche de la prospérité des 30 glorieuses (Galland, 1981). Au-delà de la seule question du travail, ce sont tous les segments de la vie sociale qui vont peu à peu être confrontés au vent de révolte de la jeunesse contre un monde raisonnable : liberté individuelle, sexuelle, etc. sont les mots d'ordre. La nouvelle problématisation de la jeunesse comme « problème social », amorcée avec l'apparition des « blousons noirs » au début des années 1960 qui dénotait déjà l'existence d'un style de vie, d'un type de socialité en rupture avec le conformisme ambiant, va connaître son apogée avec le mouvement contestataire de mai 1968. Les caractéristiques clés de la jeunesse sont alors la contestation et la confrontation.

Cependant cette contestation était apparue et s'était développée dans un contexte économique et matériel prospère. Avec la crise économique et la fin des 30 glorieuses au milieu des années 1970, c'est sous une autre forme que la problématisation de la jeunesse va prendre son appui : l'optimisme économique s'est envolé, et la jeunesse est la première des catégories confrontées aux changements structurels que connaît la société. Très vite les caractéristiques de contestation et de confrontation sont remplacées par le chômage, la précarité, l'anxiété et la peur de l'avenir pour une large part des jeunes. Ces derniers ne cherchent plus à mettre sur pied des luttes sociales, mais pensent avant tout à lutter pour s'assurer une place et une intégration dans la société. « *La crise tue l'optimisme nécessaire au développement des luttes sociales* » (Dubet, 1987), tout

autant qu'elle affaiblit les capacités d'organisation de la jeunesse et aggrave ses problèmes spécifiques.

Dès les années 1970, les gouvernements sont ainsi amenés à prendre le problème de la jeunesse et ses multiples composantes au sérieux. Les premières mesures sont orientées vers l'emploi et la qualification des jeunes, afin de combattre le chômage, devenu la caractéristique première liée à la jeunesse. Mais alors que la jeunesse est devenue « un marais » (Duvignaud, 1975), les pouvoirs publics prennent conscience, grâce au maillage associatif sur les territoires et aux actions des travailleurs sociaux, de la précarité montante chez une large frange de cette jeunesse.

Les CEP, qui faisaient le travail de l'ombre au plus près des adolescents « inadaptés », vont voir leur travail reconnu. Ils participent pleinement à la mise à l'agenda politique de la question de la prévention au début des années 1960 et vont devenir l'enjeu d'une lutte d'influence entre le ministère de la Santé et celui de la Jeunesse et Sport. En plein âge d'or du secteur privé et de ses actions pionnières, l'État va chercher à l'étatiser en douceur afin de l'organiser en parallèle du secteur public (Berlioz, 2002 : 59). Le ministère de la Santé investit le champ de l'enfance inadaptée en le structurant, avec un Diplôme d'État d'Éducateur Spécialisé institué par ce ministère en 1967, ce qui se reconnaît dans l'importance donnée dans ce diplôme à l'orientation psycho-pédagogique dans la rééducation (Chauvière et Fablet, 2001). La position dominante du ministère de la Santé dans le champ de l'enfance inadaptée qu'il est en train de construire, avec l'aide du secteur privé, va se voir remise en question par la lutte d'influence que va lui livrer le ministère de la Jeunesse et Sport autour de la question de la prévention. Cela tend à montrer qu'en matière de prévention, comme nous le verrons pour la prévention dans le vieillissement, les conflits entre les acteurs témoignent d'un débat entre les aspects sanitaires et les aspects sociaux, chaque acteur plaçant le curseur sur les préoccupations qui lui reviennent.

Là où le ministère de la Santé place les actions de prévention en continuité avec le reste de l'action sociale, ce qui dénote une conception de la notion de prévention sur le modèle médical de la prophylaxie (Berlioz, 2002 : 63), les travailleurs sociaux et les pionniers des CEP, dont le juge Chazal à Paris, vont militer pour une reconnaissance institutionnelle de la prévention spécialisée par une tutelle capable d'intervenir sur toute la jeunesse par des actions éducatives et non prophylactiques. Ce souhait sera entendu

par le premier ministre de l'époque, Georges Pompidou, qui crée par décret le 14 mai 1963 le « Comité National des Clubs et Équipe de Prévention contre l'inadaptation sociale de la Jeunesse », rattaché au Haut-Commissariat de la Jeunesse et composé de personnes privées à forte légitimité professionnelle. Dans cette lutte de pouvoir et d'appropriation des CEP par l'administration étatique, ce sont les souhaits des travailleurs sociaux qui ont été entendus : au-delà de s'éloigner des conceptions médicalisantes et clivantes du ministère de la Santé, c'est le maintien de la notion d'inadaptation sociale qui signe l'orientation décidée par le politique en matière de prévention spécialisée.

Le contexte socio-politique du début des années 1970 va remettre en cause l'institutionnalisation de la prévention par la politique de la jeunesse. Le processus de reconnaissance et d'officialisation de la prévention comme activité spécialisée débouche sur l'arrêté de 1972 qui remet en question le positionnement des CEP dans le champ institutionnel. Véritable clé de voûte du secteur de la prévention spécialisée (Roché, 2002 : 10), ce texte vise à produire une globalisation des actions des CEP, mais intègre la prévention dans le champ de l'action sociale désormais pensée dans une politique d'ensemble, qui implique plusieurs ministères. La circulaire du 15 octobre 1975 concernant l'action sociale globale précise que les actions spécialisées doivent se maintenir, mais en les décloisonnant les unes des autres, par une action à vocation globale et générale (Lory, 1975). Cette dialectique entre le spécifique et le général est déjà présente dans la circulaire de 1972, qui précise : « *l'action des CEP, bien que spécifique, ne doit pas être considérée indépendamment de celle plus générale menée en faveur des jeunes, afin de ne pas tenir les inadaptés à l'écart* ». Les circulaires qui viendront compléter le décret localiseront le champ d'action des CEP dans les milieux défavorisés et favoriseront le rapprochement des acteurs et des actions de la prévention spécialisée.

La prévention spécialisée s'institutionnalise donc dans des rapports de forces entre différents segments de l'État. Au final, à la fin des années 1970, la prévention est du ressort de l'action sociale, s'appuie sur la notion d'inadaptation sociale d'une partie de la jeunesse et les actions développées pour contrer ses effets sont d'ordre éducatives. Cependant, dès 1981, la prévention se verra investie par des préoccupations sécuritaires encore d'actualité aujourd'hui.

I.2.3. Le renversement sécuritaire : la prévention-répression de la délinquance

Une nouvelle problématisation de la jeunesse va voir le jour à la suite des émeutes des Minguettes, dans la banlieue lyonnaise, en 1981. Une autre face du problème se révèle chez les jeunes, principalement issus de l'immigration, qui peuplent les quartiers en périphérie des villes. Les problèmes de la jeunesse reviennent sur l'agenda politique sur le versant non plus économique, mais sur le versant social et culturel qui devient la nouvelle question sociale de l'époque (Barrel, 1982). Alors même que la prévention venait de s'institutionnaliser et de se structurer, c'est une nouvelle question, celle de l'insécurité, qui se dessine.

Les désordres impliquant des jeunes se multiplient à l'aube de la décennie 1980, autant sur le mode individuel que sur le mode collectif (avec les émeutes de banlieue, les violences entre groupes de jeunes). Cela engendre chez la majorité des citoyens des sentiments de peur, d'insécurité, cette partie de la jeunesse apparaissant comme un danger qui menace la cohésion sociale. Face à ces peurs, la politique de prévention va rapidement prendre un virage répressif. Dès 1977 et le rapport Peyrefitte, du nom du ministre de la Justice, intitulé *Réponses à la violence*, la question sociale de l'insécurité sera au centre du jeu politique en matière de prévention, qui bascule vers une prévention de la délinquance. La série de dispositions réglementaires et législatives qui suivra le rapport, parmi lesquelles la loi « sécurité et liberté » du 2 février 1981 marque le début de la préoccupation permanente de la sécurité par les gouvernements successifs. La politique pénale qui ressort des travaux du comité Peyrefitte prend une tournure très répressive (Berlioz, 2002 : 111).

L'installation d'une politique de prévention de la délinquance se poursuivra avec le rapport Bonnemaison de 1982. Ce rapport du comité des maires de France s'inscrit à la fois en continuité et en rupture avec le rapport Peyrefitte et la politique sécuritaire qui se met en place. S'opposant à l'idéologie sécuritaire, le rapport demande malgré tout de poursuivre une politique de prévention de la délinquance, mais avec une approche compréhensive (la délinquance a une base sociologique) et non pas seulement répressive. Des conseils sont mis en place pour assurer l'interface entre le niveau national et le niveau local : le Conseil National de Prévention de la Délinquance (CNPd) est relayé par chaque Conseil Départemental de Prévention de la Délinquance (CDPD). Les politiques de prévention se construiront jusqu'au sein des Conseils

Municipaux de Prévention de la Délinquance (CCPD) et s'inscrivent pleinement dans les lois de décentralisation qui marquent un moment d'accélération dans la prise en compte du niveau local dans l'élaboration des politiques publiques.

La thèse en sociologie réalisée en 2002 par Franck Sina, directeur adjoint à la sécurité de la Ville de Saint-Herblain dans l'agglomération nantaise, intitulée *Champ de la sécurité et prévention des illégalismes : pour une analyse sociologique des enjeux relatifs aux politiques locales de prévention et de sécurité*, pointe le changement de paradigme de définition des actions de prévention depuis les actions pionnières des CEP. Là où il s'agissait principalement d'une prévention sociale, dans lequel la société est entendue comme un espace de socialisation et où la prévention était pensée comme un élément de la construction du lien social, les politiques de prévention sont depuis la fin des années 1980 inscrites dans un tout autre paradigme : la prévention situationnelle, qui mobilise policiers nationaux, mais surtout municipaux et gendarmes, dont le travail en collaboration est recherchée. Il ne s'agit plus de prévenir par des actions sur le long terme, d'accompagnement et d'éducation, mais de positionner l'action de la prévention sur la part des populations déjà engagées dans des comportements récriminables. Avec la prévention situationnelle encore en cours aujourd'hui (Sina, 2002 ; Wyvekens, 2008), il s'agit de sécuriser l'espace public, en permettant l'égalité d'accès à l'espace public et en garantissant la sécurité physique des biens.

La politique de prévention spécialisée vers une catégorie d'âge aux contours flous et mouvants qu'est la « jeunesse » a ainsi connu en France plusieurs phases, correspondant à diverses manières de problématiser le phénomène « jeunesse ». Si aujourd'hui la prévention est une catégorie d'action publique qui se confond avec la répression, il n'en a pas toujours été de même et cela traduit une redéfinition du positionnement des acteurs, notamment le secteur du travail social, qui à l'ère de l'insécurité peinent à trouver sa place face aux nouvelles règles du jeu de la prévention situationnelle (Roché, 2002 : 9). Passer d'une prévention sociale, avec son réseau d'acteurs locaux légitimés par la puissance publique, à une prévention situationnelle où se confondent prévention et répression implique également un changement dans la façon d'appréhender le public ciblé, essentiellement constitué des jeunes des classes populaires, laborieuses, vivant en périphérie des centres urbains et largement confrontés au chômage : ces jeunes ne sont plus pensés comme étant « inadaptés » à un environnement économique, social, culturel dans lequel ils sont inscrits à la marge. Les

réponses ne sont donc plus basées sur des actions recherchant une meilleure intégration de ces franges de la jeunesse par des interventions éducatives. Désormais les « délinquants » -puisque c'est le dénominateur principal des jeunes en difficulté construit par les différents gouvernements depuis 1981- sont rendus responsables de leurs actes, qu'il faut empêcher et prévenir dans un souci de bien commun, de sécurisation de l'espace public, qui est l'espace commun.

Un troisième exemple est réservé à la seconde partie de ce chapitre, car il met particulièrement en exergue la lecture que nous faisons des actions de prévention sous la forme d'une biopolitique. Une lecture « par le haut » des diverses manières dont la prévention est devenue une catégorie d'action publique en fonction des enjeux sociaux auxquelles elle répond renvoie à la question du gouvernement des corps soulevée par Foucault dans son étude du changement des régimes de pouvoir dans les pays occidentaux.

II. La prévention : une lecture foucaldienne

II.1. Prévention et sécurité routière

L'action publique de sécurité routière, qui a grandement influencé, par ses techniques d'information et de communication, les actions de prévention en matière de santé, a une histoire mouvante et complexe, qui éclaire sur l'évolution du cadrage du problème public de sécurité routière vers la responsabilisation du conducteur, et la tentative du pouvoir de pénétrer les corps des individus afin que ces derniers adoptent des comportements définis par un réseau d'acteurs scientifiques et politiques comme adéquats.

II.1.1. La voiture : un phénomène social en plein essor

De l'immédiate après-guerre jusqu'à 2002 et la réaffirmation de la centralité des administrations de l'État dans l'action publique de sécurité routière, l'histoire de la prévention sur les routes fait émerger des acteurs divers, des configurations d'intérêts changeantes et des actions (ou des solutions) propres à chaque configuration et à chaque époque. Cela se comprend tout d'abord à l'aune de l'imaginaire social autour de l'automobile, objet suscitant un mélange d'effroi et de fascination dans la première

moitié du 20^{ème} siècle au sein de la bourgeoisie. Dans une France en majorité rurale, l'automobile est au début du siècle un élément de distinction, un « *élément supplémentaire du folklore aristocratique* » (Poulain, 1984), la ruralité jugeant ces nouveaux véhicules, qu'elle nomme « les écraseurs », maléfiques, la bourgeoisie tricotant un imaginaire social où se mélangent vitesse, liberté et mort. Le thème de la sécurité routière, ou de l'insécurité routière, va naître à la fin du second conflit mondial et témoigne de l'évolution fondamentale de la place et de l'importance sociale de la voiture.

En 1947, moins de deux pour cent des ménages français disposent d'une voiture. En 1953, ils sont 21 %, puis 58 % en 1970. En 1985, les trois quarts des ménages étaient équipés (Bodier, 1996). Cette évolution n'est pas anodine : elle est le témoin de l'impact de la planification de l'économie française dès 1946. Dès le 1^{er} plan de la IV^{ème} république (1947-1953), l'industrie automobile est promue au rang d'acteur central du plan de reconstruction et de développement de l'appareil de production national. Au-delà de favoriser le développement de l'industrie des loisirs, d'intensifier les échanges entre territoires ou de favoriser les déplacements de la main d'œuvre, l'industrie automobile permet des débouchés importants aux industries sidérurgiques, électriques ou encore métallurgiques et charbonnières (Jullien et Lung, 2011). Sur le plan économique, la construction automobile devient « *la vitrine de la reconquête économique* » (Decreton, 1993 : 227), tandis qu'au niveau sociétal, la voiture devient le reflet d'une culture, Roland Barthes témoignant de la sacralisation du phénomène automobile, en le faisant entrer dans ses *Mythologies* (1957)²⁷.

II.1.2. Les sociétés d'assurance : pionnières dans le domaine de la sécurité routière

Les pouvoirs publics traitent ainsi davantage, dans un premier temps, des bienfaits pour l'économie nationale du développement de l'industrie automobile, plutôt que de l'insécurité routière qui, mécaniquement, évolue avec le nombre de voitures en circulation. Cette dernière est avant tout traitée par la puissance publique sous l'angle des solutions urbanistiques, et c'est au second plan que passent les préoccupations en

²⁷ « Je crois que l'automobile est aujourd'hui l'équivalent assez exact des grandes cathédrales gothiques. Je veux dire une grande création d'époque, conçue passionnément par des artistes inconnus, consommée dans son image, sinon dans son usage, par un peuple entier qui s'approprie en elle un objet parfaitement magique » (Barthes, 1957 : 150).

termes de sécurité routière. Rénover les axes routiers permet de donner du travail au secteur des travaux publics en même temps que cela participe à la reconstruction de routes endommagées par le conflit mondial : en témoignent les « commissions de modernisation » qui élaborent les décisions planificatrices principales du 1^{er} plan. C'est une « action publique de non-décision » (Jobert, 1992) en matière de sécurité routière qui caractérise cette période de la décennie qui suit la fin de la seconde guerre mondiale.

Comme le montrent Hamelin et Spenlehauer (2008), l'action publique de sécurité routière prend naissance à partir de 1945 autour d'un acteur central : les compagnies d'assurance. Ces dernières font face à une situation financière inquiétante qui découle de l'explosion du nombre d'accidents de la route, corrélation directe de l'évolution de la place de la voiture dans les modes de vie des français. Paradoxalement, la popularisation et la démocratisation rapide de la voiture freinent le développement de l'assurance, qui a pourtant un énorme marché potentiel en cours de construction. Le milieu de l'assurance va alors prendre une initiative doublement novatrice et audacieuse : les compagnies d'assurance vont s'associer aux usagers de la route pour créer une association de loi 1901, toujours active dans la prévention, mais aussi auprès des pouvoirs publics aujourd'hui : l'association Prévention routière.

La formation de ce réseau d'alliance entre les assureurs et le lobby des usagers de la route (fédération de clubs automobiles, fédération nationale des transports routiers, associations de motards, etc.) a un double objet : tout d'abord développer la prévention au niveau local. L'association installe partout en France des comités départementaux de prévention routière, qui en collaboration avec les services de gendarmerie et des travaux publics mènent diverses actions de communication et de sensibilisation : projection de films, distribution de livrets pédagogiques dans les écoles, pose de panneaux indiquant le nombre de tués à tel endroit, sensibilisation des élus locaux, etc. Le fait que cette association soit copilotée par des collectifs d'usagers donne la prépondérance aux actions locales, à l'inverse des grandes campagnes nationales développées lors du processus de construction de la prévention en matière de santé en tant que catégorie de l'action publique et qui tendaient à invisibiliser le travail d'éducation pour la santé fait sur le terrain²⁸.

²⁸ Le site de l'association Prévention routière insiste aujourd'hui encore sur la focale donnée, dès les premiers pas de l'association, sur les actions locales. Voir le site www.preventionroutiere.asso.fr/nous-connaître/notre-histoire site consulté le 16 avril 2014.

Cependant l'action de prévention des comités locaux va permettre d'asseoir la position et la visibilité de l'association à l'ensemble du territoire et ainsi de structurer une action publique de sécurité routière à caractère national. L'objectif que se donnent les compagnies d'assurance est d'agencer l'objet « sécurité routière » à partir d'une saisie quantitative, comptable des accidents de la route et des coûts afférents : « *c'est dans le chiffre que la lutte contre l'insécurité routière trouve une partie de sa légitimité* » (Decreton, 1993 : 229). Cette auteure montre que le caractère arithmétique donné au phénomène sera relayé à partir de 1958 par le concours de médecins, dont le professeur Monod, qui dans un rapport pour l'académie de médecine, soulèvent que les causes immédiates des accidents relèvent dans 95 % des cas d'une faute du conducteur. L'objet « sécurité routière » se construit ainsi sous les traits de la comptabilité et de la psychologie, pointant la dimension comportementale à la base du phénomène²⁹. Les sociétés d'assurance tirent parti de ces alliances entre usagers, scientifiques et médecins : c'est pour elle le moyen de connaître le comportement des conducteurs et de procéder à une opération de tri dans sa clientèle : commence à se dessiner une ligne de partage comportementale entre le bon conducteur et le mauvais conducteur.

Ce processus de construction de l'objet et de positionnement d'acteurs permet aux assurances de revendiquer de manière ostensible le « droit de propriété » (Gusfield, 2009 : 10) sur la gestion du problème des accidents de la route. Elles participent de plus au processus de mise à l'agenda public du phénomène (Kletzlen, 2000)³⁰. À partir de 1958, l'État va amorcer un mouvement pour prendre la place centrale dans la gestion du problème.

II.1.3. Quand l'État reprend la main : recherche d'expertise et faible impact législatif

Bien que la sécurité routière fasse sa première apparition dans le système de planification lors du III^{ème} plan de 1958-1962, la puissance publique, par le biais de la

²⁹ L'intervention des cliniciens dans la phase de structuration du thème de la sécurité routière peut se penser comme la pénétration du discours hygiéniste de santé publique qui mobilise les médecins dans la définition moralisatrice et psychologique de l'ordre social. Ce point sera discuté dans la partie suivante de ce chapitre.

³⁰ Il ne faut pas mésestimer le rôle d'un troisième acteur, qui avec les compagnies d'assurance et les scientifiques (statisticiens et médecins) participe à la mise à l'agenda du phénomène en en faisant un « problème social » : les médias. *Le Monde* en particulier traitera de nombreuses fois de cette question entre 1949 et 1958. Voir à ce propos notamment la thèse de S. Brunet, 2007, *La communication, composante de l'action publique et politique : le cas de la sécurité routière*, Thèse de doctorat en science politique, sous la direction de J. C. Thoenig et V. Spenlehauer, ENS-Cachan.

Direction des Routes du ministère des Travaux Publics, avait tenté dès 1945 de réglementer la conduite automobile avec un projet de code de la route moderne, qui consistait à réguler le comportement des conducteurs, en termes d'alcool, de vitesse, de capacités de conduite. Ce projet restera lettre morte au niveau législatif, l'Assemblée nationale jugeant que ce projet ne s'appuyait pas suffisamment sur des éléments d'expertises fiables prouvant que certains comportements occasionnent une insécurité routière. Sans expertise, impossible de faire de ces comportements des fautes codifiables en infractions. Cette première tentative de légiférer sur la sécurité routière est significative de la longue tergiversation des autorités à cadrer le problème autour du comportement du conducteur (Gilbert, 2008 : 23).

C'est à partir de 1953 que l'État, représenté par la Direction des Routes, tente de prendre la main sur la propriété et la gestion du problème public au détriment de l'association Prévention routière (Hamelin et Spenlehauer, 2008 : 59). Le manque d'expertise pointée par les parlementaires en 1945 a incité la Direction des Routes à se positionner comme « centre de calcul » de l'intérêt général en matière de sécurité routière, en se dotant tout d'abord d'experts en statistiques afin de faire un bilan quantitatif complet de ce « fléau », pour reprendre les termes du Directeur des Routes en 1955. Ces résultats statistiques doivent servir de base pour penser des programmes d'action. Pour ce faire, le ministère met sur pied en 1957 l'ONSER, l'Organisme National de Sécurité Routière, association loi 1901. L'objectif de l'ONSER est de fournir à la Direction des Routes, donc au Ministère en charge de la sécurité routière, des arguments scientifiques d'autorité sur les questions d'alcool au volant, de vitesse, sur les zones d'accumulation d'accidents en agglomération, sur la résorption des « points noirs », sur la nécessité de constructions d'autoroutes. On le voit, l'expertise de l'ONSER ne se limite pas à l'indiscipline et au comportement des usagers, mais réfléchit en parallèle, à des propositions d'ingénierie routière³¹.

L'État met ainsi en place petit à petit des structures et des réseaux d'experts afin de déplacer l'épicentre de l'action publique en matière de prévention et de sécurité routière vers le secteur public. Avec l'ONSER, composé autant d'ingénieurs des ponts

³¹ À ce titre, voir les Cahiers d'études édités par l'ONSER de 1962 à 1985. Par exemple, le bulletin 3 de 1962 est consacré aux « Études d'accidents de la route. Les facteurs liés à l'infrastructure », le bulletin suivant est lui relatif à l'« Étude du comportement des conducteurs d'automobile ». Documents consultables au Centre de Ressources documentaires Développement Durable : www.crdd.developpement-durable.gouv.fr site consulté le 16 avril 2014.

et chaussés, du génie civil, d'experts en physique mécanique, de psychologues et sociologues³², le Ministère s'attribue des ressources légitimes pour s'approprier le statut de propriétaire principal du problème de l'insécurité routière et de sa gestion. Très clairement, avec la création de l'ONSER, le travail de tissage d'un réseau national de gouvernances locales d'éducation et d'information de sécurité routière effectué par l'association Prévention Routière passe au second plan, au profit d'un travail de « *diagnostic scientifique panoptique couvrant le triangle véhicule-infrastructure-conducteur alimentant la formulation de solutions rationnelles* » (Spenlehauer et Lassarre, 2003), c'est-à-dire un travail de prise en compte de l'ensemble de l'environnement de conduite, élaboré au sein de l'administration centrale du Ministère des Travaux Publics³³.

Cette mise à l'agenda gouvernemental de la sécurité routière s'officialisera dans le projet de « Nouvelle société » porté par le nouveau Premier Ministre Jacques Chaban-Delmas en 1969, et se confirmera dès l'année suivante avec la création d'une table ronde sur ce thème. Cela ne changera cependant rien à la « mise en purgatoire décisionnel » (Cauzard, 1991) qui a accompagné la prise de position centrale de l'État sur le sujet. Bien que le régime définitionnel ait évolué entre ces deux périodes où successivement les compagnies d'assurance puis l'État se sont positionnés comme gestionnaire du problème³⁴, très peu de décisions législatives et réglementaires sont venues encadrer ce problème public. « *La douceur de la mise en place du cadre législatif et réglementaire* » comme le qualifient Hamelin et Spenlehauer, s'explique par la volonté politique, aiguillée par les études des différents experts au sein des comités ministériels, de ne pas faire du comportement des usagers, la seule et unique explication de la hausse continue du nombre de tués chaque année sur les routes depuis entre 1960 et 1972, année record avec plus de 18 000 victimes. Le poids du lobby des usagers de la

³² On devine bien à travers la dénomination des trois pôles de l'ONSER, la place des experts dans chacun d'entre eux : « enquêtes et études statistiques en accidentologie », « laboratoire des chocs », « études psychosociologiques de la conduite ».

³³ Il ne faut pas nier dans cette première orientation du politique vers l'ensemble des composantes du problème, véhicule-infrastructure-conducteur, la place des grands constructeurs automobiles, qui indépendamment des autres acteurs de l'action publique, ont développé des recherches en biomécanique notamment, dans leur propre laboratoire interne, afin d'améliorer la capacité de dissipation des véhicules aux chocs, d'améliorer l'aménagement intérieur, etc. Le développement de la *sécurité passive* par les constructeurs semble avoir contribué au confinement du problème de l'insécurité routière au domaine de la recherche et de l'expertise (Moguen-Toursel, 2007).

³⁴ Dans les années 1950, les compagnies d'assurance définissaient l'insécurité routière à hauteur du taux de tués par kilométrage parcouru, alors que depuis la fin des années 1960, la puissance publique traite de l'insécurité routière par le nombre de tués sur la route.

route dans cette quasi-absence de réglementation sur la conduite automobile est aussi à prendre à considération : avec un demi-million d'adhérents à l'association Prévention routière en 1970, l'État sait qu'il doit au préalable obtenir l'approbation des usagers avant de prendre des mesures réglementaires. Sporadiquement, entre 1970 et 1990, sont mises en place des mesures qui aujourd'hui pourraient paraître très souples et laxistes : en juillet 1970, des taux d'alcoolémie autorisée en conduite sont fixés (entre 0,8 et 1,2 g/litre : contravention, au-delà : délit) ; en 1975, port de la ceinture obligatoire en ville, de 22 heures à 6 heures ; 1978 : les forces de l'ordre sont autorisées à effectuer des contrôles d'alcoolémie ; 1990 : port de la ceinture obligatoire à l'arrière.

Le système de contrôle-sanctions est alors très peu développé par le législateur. En 1973, l'État français décide d'innover en investissement massivement dans la communication publique en matière de sécurité routière, par une campagne télévisuelle particulière : sans cibler des populations à risque, sans même s'appuyer sur les nombreuses études scientifiques menées jusqu'alors, il est demandé aux professionnels de la communication de produire des documentaires et des spots courts, destinés à la télévision, afin de faire prendre conscience aux usagers des dangers de la route et de la conduite automobile, mais sans stigmatiser et criminaliser les conducteurs (Darras, 2012 : 118). Le documentaire de 1973 « Mazamet, ville morte » qui montrait les habitants de la ville de Mazamet, population équivalente au nombre de tués sur les routes l'année précédente, allongés sur les routes, devait servir d'électrochoc, de prise de conscience du danger de la route et de son environnement : le fameux triptyque véhicule-infrastructure-conducteur. Ces premiers messages de prévention, et l'ensemble de l'objet « sécurité routière » ont particulièrement évolué depuis cette constitution du problème public et sa mise à l'agenda politique au début des années 1950.

II.1.4. Le cadrage tardif de la prévention routière autour du comportement du conducteur

À l'inverse des États-Unis où le comportement du conducteur est très tôt mis au centre du cadrage du problème de sécurité routière (Gusfield, 2009), il faudra attendre la remise à l'agenda politique du problème de l'insécurité routière en 2002 suite à deux décennies marquées par la décentralisation et une restructuration profonde de la politique en question qui mobilise fortement l'échelon local et départemental (Hamelin

et Spenlehauer, 2008 : 69), pour que la focale soit mise au niveau du conducteur (Gilbert, 2008 : 25).

Le cadrage, d'après la définition qu'en donne Geneviève Paicheler (2004), se comprend comme « *le résultat de la négociation de significations partagées* » (Gamson, 1992) : il fait donc l'objet d'un ensemble d'échanges et de rapports de force (Schön et Rein, 1994). Les acteurs concernés par un problème font du cadrage l'enjeu de sa maîtrise pour déterminer les cadres de l'action collective. Aux deux périodes qui se sont succédé et dont nous avons fait état, en ce qui concerne les rapports de force entre acteurs privés et publics, scientifiques et lobby d'utilisateurs, le cadrage du problème sécurité routière s'actualisera à partir de 2002 et la mise à l'agenda gouvernemental par Jacques Chirac, vers une focalisation sur le conducteur. Le problème est depuis réduit à la transgression des règles, par une politique publique qui met en place une chaîne de traitement automatique de contrôles et de sanctions de la vitesse tout d'abord, puis plus largement un système de contrôles-sanctions des comportements déviants en matière d'alcool, de drogue, d'usage du téléphone notamment (Hamelin, 2008). La volonté politique depuis 2002 est claire : appliquer l'arsenal législatif qui s'est étoffé depuis les balbutiements de la fin des années 1970 (Gilbert, 2008 : 27).

La problématique a ainsi évolué en même temps que le réseau d'acteurs impliqués s'est transformé. *Exit* les assureurs qui apparaissaient centraux dans la première période analysée, les administrations et les grands corps d'État, aiguillés par les associations de victimes³⁵, s'approprient désormais l'action publique de sécurité routière, sans intégrer les scientifiques, notamment des sciences humaines et sociales, dans sa définition et sa mise en œuvre. Les thèses de Samuel Brunet (2007) et de Matthieu Grossetête (2008) mettent ce point en évidence dans leurs travaux sur les campagnes de communication et leurs évolutions : depuis 2002 se multiplient les spots « réalistes », qui traduisent toute la violence d'un accident de la route, et qui mettent la faute sur le compte d'une défaillance de comportement, excluant de nombreuses autres dimensions (Gilbert, 2008 : 31). Ces thèses rappellent « *le peu d'intérêt des*

³⁵ Comme le rappelle Rémy Heitz, le rôle des associations de victimes d'accidents de la route a été crucial dans la réappropriation de l'objet « sécurité routière » par Jacques Chirac et son gouvernement en 2002. Alors que la sécurité routière est souvent une affaire d'hommes, le sujet étant beaucoup lié au monde de la route et de l'automobile, « *les personnes qui ont éveillé les consciences en France sont quasiment toutes des femmes* » (Heitz, 2012 : 49-50), même si « *plus que les femmes, ce sont les mères qui sont allées voir les décideurs politiques* ». Chantal Perrichon notamment, présidente de la ligue contre la violence routière, a participé à la criminalisation de l'acte de conduite entraînant un accident mortel, en devenant un personnage médiatique connu et influent auprès des pouvoirs publics.

professionnels de communication en charge de ces spots, non seulement pour les travaux universitaires les plus crédibles, mais de surcroît pour une définition réaliste de leur cible » (Darras, 2012 : 118).

Ainsi la réaffirmation du leadership de l'État dans la politique de sécurité routière depuis 2002 génère la mise au centre de l'individu responsable de son acte de conduite. Cette idée que les accidents de la circulation résultent quasi exclusivement des différences d'aptitudes individuelles à la conduite, qu'ils relèvent de la faute personnelle des conducteurs, laisse de côté la question des inégalités sociales de mortalité routière (Grossetête, 2012 : 77). Les acteurs du réseau d'action publique constitué, ainsi que les représentations plus larges et historiquement situées de la place de l'État dans celui-ci, ont participé de manière déterminante à la fabrique de l'action publique de prévention et de sécurité routière. Le processus de constitution de la prévention en tant que catégorie d'action publique révèle des différences et des points de rencontre entre les trois problèmes publics étudiés jusqu'ici.

II.2. Les logiques de constitution de la prévention en tant que catégorie d'action publique

II.2.1. Une problématisation fréquemment impulsée « par le bas »

Le même mouvement de responsabilisation des comportements individuels s'est ainsi construit dans la prévention spécialisée, comme dans le cas de la prévention en matière de santé et de sécurité routière. Cependant, avant que la prévention soit dans chacun de ces champs régit par une logique de report sur les individus et leurs comportements des facteurs entraînant des problèmes de santé, des accidents de la route et plus largement des comportements déviants³⁶ (Becker, 1985) pouvant porter atteinte à la sécurité publique, un processus de problématisation particulier, aux logiques, temporalités et réseaux d'acteurs propres fait apparaître des conceptions multiples de la prévention.

Dans les divers domaines étudiés, santé, sécurité routière et jeunesse, la prévention ne devient une catégorie d'action publique qu'à partir du moment où chacun de ces phénomènes sociaux devient un problème public, dont le caractère problématique

³⁶ Pour user d'une terminologie sociologique plus significative que la notion de sens commun de « délinquance », comme l'explique Becker en préambule de son ouvrage sur la déviance.

est construit par des acteurs qui luttent pour s'approprier les frontières de l'espace politique du phénomène. Ainsi, très souvent la mise à l'agenda politique de la prévention intervient à la suite d'initiatives tout d'abord locales et localisées.

Si nous avons postulé que la prévention en matière de santé avait connu un processus de mise à l'agenda « par le haut », c'est pour souligner le fait que la santé ne devient plus à partir des années 1970 le seul domaine réservé des médecins et du secteur médical, mais qu'elle fait également l'objet d'une administration publique, par divers corps de l'État, mobilisant des experts de disciplines éloignées de la médecine. Les premières initiatives, pendant la période de guerre, venaient du terrain médical, mais la prévention en matière de santé s'est petit à petit affranchie du seul pouvoir médical, en devenant une catégorie d'action publique pilotée de façon interministérielle, et mobilisant un réseau d'experts pluridisciplinaire, faisant la part belle à la communication publique et aux sciences humaines et sociales. La dimension prophylactique de la prévention telle qu'elle se déploie à partir du moment où elle devient une catégorie d'action publique par les campagnes médiatiques de communication, est plus douce que celle qui était au centre de l'éducation à la santé des médecins hygiénistes des années 1950. Mais cette dimension prophylactique vit toujours bel et bien dans la prévention santé : les messages de prévention du sida, comme de l'alcoolisme, du tabagisme ou autre sont élaborés à partir de la compréhension de la sociabilité des groupes ciblés, qui se résument largement à la jeunesse et aux classes populaires. C'est une manière moins frontale, plus détournée, de faire changer les comportements : les campagnes de communication mettent les individus face à leurs comportements, leurs mauvaises habitudes, pour les inciter à les changer³⁷.

Majoritairement cependant, la prévention s'inscrit dans les préoccupations politiques par une mise à l'agenda « par le bas ». Les expérimentations locales peuvent être menées par des réseaux d'acteurs différents, par des travailleurs sociaux et des personnalités fortes de la « bourgeoisie de robe » (Charle, 1997) pour la prévention spécialisée, donc des personnes privées de la société civile, comme par le secteur privé en lui-même, comme l'ont fait les compagnies d'assurance, épaulées par des collectifs d'usager, pour la prévention routière. Ce semble être une des caractéristiques

³⁷ Voir infra, point II.3.

principales des politiques de prévention : elles émanent du terrain, du local, par des actions privées et/ou citoyennes, et ces actions pionnières inscrivent la prévention loin de la doctrine prophylactique : le travail des éducateurs de rue, avant même l'institutionnalisation de la prévention spécialisée au travers de CEP, ne stigmatisait en rien les attitudes et les comportements des marginaux, des « inadaptés sociaux », mais œuvrait par une démarche éducative individuelle comme collective à franchir pas à pas les étapes vers une meilleure intégration sociale, vers une meilleure inscription dans des collectifs. En ce sens l'accompagnement, nécessaire dans les plis de la société où le lien social est sous tension (Papadaniel, Rossi, Foucart, 2009), est une des dimensions de la prévention.

Cependant, cette dimension d'accompagnement disparaît lorsque la puissance publique « fait » de la prévention par le moyen de grandes campagnes médiatiques, de communication nationale, comme ce fut le cas pour la prévention en santé, et pour la prévention routière, pionnière en matière de diffusion à grandes échelles de messages préventifs (Marchetti, 2012). La communication et la médiatisation de l'information et des messages de prévention tendent à « désocialiser » le problème (Grossetête, 2012 : 109) : tout en le centrant, on l'a vu, vers les classes populaires, l'environnement social ainsi que les déterminants sociaux ne sont pas convoqués dans l'explication du problème. C'est à chaque individu que s'adressent les messages préventifs, lesquels s'articulent autour de la seule responsabilité individuelle, et écartent ainsi les explications plus structurales permettant de rendre compte d'un problème de santé important, ou du nombre d'accidents mortels sur les routes, explications qui ont pu être prises en compte dans certaines phases du processus de construction de la prévention, comme on l'a vu pour la sécurité routière. Le second point qui témoigne de l'absence de logique d'accompagnement dans la prévention « médiatisée » est la distance que cela introduit avec le travail qui se fait sur le terrain, par des professionnels, bénévoles, éducateurs, etc., là où la dimension d'accompagnement prend tout son sens.

II.2.2. La prévention : des mises en forme particulières, une même lecture sociologique

La prévention, telle que nous l'avons étudié sur trois segments de la vie sociale, témoigne d'une réelle dynamique sociale, mise en forme de manière spécifique à chacun d'eux, mais avec des traits récurrents que nous venons de discuter. Même si elle

existe depuis longtemps, notamment dans le domaine de la santé, la prévention devient une catégorie d'action publique en France dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle, essentiellement dans la décennie 1970, période de profondes transformations économiques, sociales et culturelles. Le déploiement de la prévention à cette période de l'histoire sociale est un marqueur sociologique fort des transformations qui s'opèrent sur le vivre ensemble et sur la façon dont le politique structure les rapports entre la société et l'individu. Les questionnements sociologiques qui en découlent sont pour une large part centrée sur les questions de pouvoir, sous l'angle de l'analyse des mécanismes disciplinaires étudiés par Foucault. C'est cependant sous le second versant de l'exercice du pouvoir, que l'auteur développe au même moment que l'institutionnalisation de la prévention, que nous entendons la prévention.

II.3. La prévention : une logique de gouvernement des corps

L'institutionnalisation de la prévention dans de multiples champs, dont nous avons esquissé la dynamique dans trois d'entre eux, dans les années 1970, rencontre les travaux de Michel Foucault, élaborés dans cette même décennie. En effet, l'analyse des campagnes de prévention éclaire singulièrement plusieurs dimensions essentielles de la biopolitique contemporaine, entendue comme les tentatives d'instauration, par les gouvernements, appuyés par des formes de savoir, d'une « politique du vivant » (Berlivet, 2013 : 97). Dit autrement, l'analyse foucauldienne de la biopolitique nous renseigne pertinemment sur l'avènement de la prévention en tant que catégorie d'action publique et sur la logique de certaines de ses dimensions. Plus encore, cet angle d'analyse interroge la notion de pouvoir, et les tentatives de « gouverner » les aspects les plus intimes de l'existence humaine. Il s'agit donc tout d'abord d'interroger la contribution de Foucault à l'étude de la biopolitique des populations avant d'analyser sous ce prisme le projet politique de la prévention dans les contextes institutionnels étudiés.

II.3.1. La prévention institutionnalisée étrangère aux logiques disciplinaires

Entre ses deux premiers ouvrages de référence sur l'analyse du pouvoir, *Histoire de la folie à l'âge classique* publié en 1972 et *Surveiller et Punir* publié en 1975, et la publication l'année suivante de *La volonté de savoir*, Michel Foucault a mis en évidence deux modalités différentes du pouvoir sur la vie. La première est la « discipline », notion centrale de l'analyse développée par Foucault autour de la fonction et du

fonctionnement du dispositif bio-médical dans les sociétés occidentales modernes et de son impact sur le statut de la vie (Bertani, 2000 : 15), préoccupations que l'on retrouve déjà dans *Naissance de la clinique*, publié en 1963. Modalité d'application du pouvoir qui apparaît entre la fin du 18^{ème} et le début du 19^{ème} siècle, le « régime disciplinaire » se caractérise par un certain nombre de techniques de coercition, qui s'exercent selon un quadrillage systématique du temps, de l'espace et du mouvement des individus, et investissent particulièrement les attitudes, les gestes et les corps : « *La discipline est, au fond, le mécanisme de pouvoir par lequel nous arrivons à contrôler dans le corps social jusqu'aux éléments les plus ténus, par lesquels nous arrivons à atteindre les atomes sociaux eux-mêmes, c'est-à-dire les individus. Techniques de l'individualisation du pouvoir. Comment surveiller quelqu'un, comment contrôler sa conduite, son comportement, ses aptitudes, comment intensifier sa performance, multiplier ses capacités, comment le mettre à la place où il sera le plus utile : voilà ce qu'est, à mon sens, la discipline* » (Foucault, 1994 : 191).

La préoccupation politique de contrôler les comportements individuels par des techniques et un dispositif disciplinaire qui existe certes depuis fort longtemps dans les couvents ou à l'armée par exemple (Revel, 2008 : 35), mais ce régime disciplinaire devient la figure principale de la domination au 18^{ème} siècle, à partir du moment où les corps sont soumis à une politique de coercition, essentiellement dans les espaces clos (lieux de production, hôpitaux, prisons) qui permettent la gestion des individus dans un même lieu : « *Le moment historique des disciplines, c'est le moment où naît l'art du corps humain, qui ne vise pas seulement la croissance de ses habiletés, ni non plus l'alourdissement de sa sujétion, mais la formulation d'un rapport qui dans le même mécanisme le rend d'autant plus obéissant qu'il est utile, et inversement. Se forme alors une politique des coercitions, qui sont un travail sur le corps, une manipulation calculée de ses éléments, de ses gestes, de ses comportements. Le corps humain entre dans une machinerie de pouvoir qui le fouille, le désarticule et le recompose. Une anatomie politique, qui est aussi bien une mécanique du pouvoir, est en train de naître* » (Foucault, 1975 : 139-140). Ce type de dispositif a trop souvent été réduit dans les commentaires des analyses de Foucault au modèle du panoptique de Bentham (Berlivet, 2013 : 100). Or l'investissement du pouvoir dans les corps comme « *noyaux de comportements* » (Gros, 1996 : 67) existe depuis l'hygiénisme et les tentatives de médicaliser la vie humaine que l'on retrouve dans les propos des promoteurs de

l'éducation sanitaire et sociale de l'après-guerre en France³⁸. Ainsi, la santé publique, dans la période précédant l'institutionnalisation de la prévention, a connu des injonctions prescriptives de type disciplinaire : une gestion disciplinaire ne se réduit donc pas aux situations de confinement qui autorisent un niveau fin de contrôle des corps. En matière d'action sanitaire et sociale, ce type de dispositif panoptique « *constitue l'exception et non la norme* » (Berlivet, 2013 : 100) : le souffle de la prévention dans sa version disciplinaire intervient à l'inverse à distance, et à une grande échelle, pour chercher à modifier les pratiques et les comportements de populations numériquement importantes.

Cette première forme principale de ce « pouvoir sur la vie », caractérisée par les « disciplines », cherche à extraire du corps une conduite normalisée. En ce sens, les régimes disciplinaires ne se basent pas sur la loi, sur la règle juridique souveraine structurée par une opposition binaire (le permis et le défendu), mais édictent des normes, par le truchement à la fois du politique et du scientifique. Foucault met en lumière les prétentions normalisatrices du pouvoir médical à partir de la fin du 17^{ème} siècle, qui serviront au monde politique pour développer des dispositifs disciplinaires, en promulguant des normes de comportements et de pratiques sociales, et repoussant la folie, la démence et divers types de maladies psychiatriques du côté de l'anormal. Plus globalement, tous les comportements sociaux déviants, qui poussent à la criminalité, au vol, à la débauche, à la marginalité sociale sont définis par rapport aux normes de pureté, de santé, de bonne conduite, et pas seulement par rapport à la loi. Là où la loi structure ses textes et ses sentences par rapport à des actes (actes autorisés, permis, ou défendus), la norme au principe de la discipline est orientée vers l'individu, sans s'introduire dans des actes précis, localisés et ponctuels. À l'inverse, elle a la tâche d'investir la totalité de l'existence (Gros, 1996 : 68).

Ces diverses normes se retrouvent dans les discours et les écrits de l'éducation sanitaire et sociale en France, deux siècles plus tard. C'est la tendance normalisatrice

³⁸ Deux de ces promoteurs de l'éducation sanitaire et sociale écrivaient ainsi, en 1970, dans *La santé de l'homme*, « *L'éducation sanitaire et sociale cherche à fournir au citoyen, avec les informations les plus indispensables, les nécessaires motivations dont il a besoin afin d'éviter des actes susceptibles de mettre en péril sa santé, celle de ses proches ou celle de ses concitoyens. Elle le prépare à accepter, en toute connaissance de cause, les conseils qui peuvent lui être donnés par un médecin, par les autorités sanitaires et les services sociaux. Elle développe en lui le sens le plus élevé, celui de la solidarité devant les contraintes de la santé et du bien-être social* » (Aujoulat L. P. et Leblainche X., 1970, « La promotion de la santé par l'information et l'éducation. Communication à l'Académie de médecine, séance du 5 mai 1970 », *La santé de l'homme*, n° 169, juillet 1970, pp. 2-7.

qui permet d'atteindre l'intériorité des conduites individuelles, par l'aspect diffus, sournois, indirect de la norme. En quelque sorte, baser les régimes disciplinaires sur une norme permet ensuite de distinguer le normal de l'anormal. C'est la norme qui est première, qui est au fondement de l'action, car elle permet ensuite de classer les comportements normaux et anormaux pour l'imposer à ceux qui s'en écarte : « *La normalisation disciplinaire consiste à poser d'abord un modèle, un modèle optimal qui est construit en fonction d'un certain résultat, et l'opération de la normalisation disciplinaire consiste à essayer de rendre les gens, les gestes, les actes conformes à ce modèle, le normal étant précisément ce qui est capable de se conformer à cette norme et l'anormal, ce qui n'en est pas capable* » (Foucault, 2004).

II.3.2. La logique de la bio-politique à l'œuvre dans la prévention

Cette « anatomie politique du corps humain » s'est basée sur la médecine comme instance majeure de production et de diffusion de normes³⁹. Mais c'est d'un second pouvoir sur la vie, caractéristique d'un autre modèle d'application du pouvoir, que relève la prévention telle qu'elle vit dans les politiques publiques contemporaines étudiées. Ce second régime d'intervention politique, différent de la « discipline » qui s'intéresse au « corps comme machine » et relève de ce fait d'une *anatomo-politique du corps humain*, « *s'est formé un peu plus tard, vers le milieu du 18^{ème} siècle. Il est centré sur le corps-espèce, sur le corps traversé par la mécanique du vivant et servant de supports aux processus biologiques : la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de vie, la longévité* avec toutes ses conditions qui peuvent les faire varier⁴⁰ ; *leur prise en charge s'opère par une série d'interventions et de contrôles régulateurs : une bio-politique de la population*⁴¹ » (Foucault, 1976 : 183). Avec les disciplines sur le corps, les régulations de la population constituent pour Foucault les deux pôles autour desquels s'est déployée l'organisation du pouvoir sur la vie. Mais

³⁹ Dans la lignée de son analyse historique sur la production de normes par le pouvoir médical, Foucault considère alors l'hôpital, à la fin du 18^{ème} siècle, comme le système disciplinaire le plus complet : répartition rigoureuse des malades dans l'espace, architecture réglée sur des principes de surveillance et de classement, visites régulières du médecin auprès des malades qui sont autant de cas et d'enseignements... (Foucault, 1994). Dans *Dits et écrits*, tome II, pp. 680-698 et III pp. 508-521 et 727-740). De même, dans un cours au collège de France sur « le pouvoir psychiatrique » qui sera publié sous ce titre en 2003 aux éditions Gallimard-Le Seuil, Foucault étudie la constitution du domaine du comportement anormal qui relève de la psychiatrie. Il démontre comment la disciplinarisation de la folie par la psychiatrie a inscrit cette forme de démenace dans un rapport aux normes de comportement. Pour réajuster l'individu malade à ces normes, ce sont des dispositifs disciplinaires qui ont été longtemps privilégiés, de par la volonté des psychiatres (cours du 7 novembre 1973, du 5 et 12 décembre 1973).

⁴⁰ C'est ici nous qui soulignons, car ce propos est étudié plus bas.

⁴¹ C'est l'auteur qui souligne.

qu'est-ce qui différencie ces deux pôles ? Et en quoi la prévention en tant qu'action publique telle qu'elle s'institutionnalise dans les années 1970 peut-elle s'inscrire dans la logique de la bio-politique ?

La bio-politique se caractérise par ce que Foucault nomme des « dispositifs de sécurité »⁴² : *« On a un système qui est, je crois, exactement inverse de celui que l'on pouvait observer à propos des disciplines. Dans les disciplines, on partait d'une norme, et c'est par rapport à ce dressage effectué par la norme que l'on pouvait ensuite distinguer le normal de l'anormal. Là, au contraire, on va avoir un repérage du normal et de l'anormal, on va avoir un repérage des différentes courbes de normalité, et l'opération de normalisation va consister à faire jouer les unes par rapport aux autres ces différentes distributions de normalité, et de faire en sorte que les plus défavorables soient ramenées à celles qui sont le plus favorables »* (Foucault, 2004 : 65)⁴³.

Le premier point de distinction se rapporte donc tout d'abord à la norme. Pour les « dispositifs de sécurité », il est vain d'édicter une norme à imposer, notamment car les mécanismes disciplinaires font face à des résistances à ce que Foucault nomme le « dressage ». Au contraire, la caractéristique première de ces dispositifs de sécurité/contrôle réside dans leur capacité à *« prendre appui sur le processus même, sur la réalité du phénomène, de ne pas essayer de l'empêcher, mais au contraire de faire jouer par rapport à lui d'autres éléments du réel de manière que le phénomène s'annule et en quelque sorte s'annule de lui-même »* (Foucault, 2004 : 17). Nul besoin de poser au préalable une norme dans la bio-politique. C'est le normal qui est premier, et l'on en déduit la norme : *« c'est à partir de cette étude des normalités que la norme se fixe et joue son rôle opératoire »*.

⁴² Foucault se montrera insatisfait de ce terme sensé décrire l'application au plus près des citoyens du mode opératoire de la bio-politique des populations (Foucault, 2004 : 59). À partir des années 1980, il laisse sous-entendre que c'est sous le terme de « contrôle » qu'il entend le mécanisme d'application du pouvoir différent de la discipline (Revel, 2008 : 28).

⁴³ L'analyse de la normativité a été menée simultanément par Foucault et Georges Canguilhem, notamment dans son ouvrage *Le normal et le pathologique* (1966), mais aussi dans *La connaissance de la vie* (1952). Ses deux auteurs ont d'ailleurs beaucoup discuté et débattu de cette question des normes, de leurs sources et de leurs forces. Sur ce point, leur opposition révèle l'optique scientifique à la base de leur œuvre. Pour Canguilhem, selon qui la *« biologie est une pièce maîtresse de l'anthropologie »*, les normes tirent leur force de « la vie », conjugaison subtile des aspects biologiques et culturels. Foucault, à l'inverse, et on le voit à travers la démonstration proposée, fait des normes et de leur évolution le résultat d'un processus historique dynamique. Sur l'analyse de la normativité chez ces deux intellectuels, se reporter à Macherey P., 2009, *De Canguilhem à Foucault, la force des normes*, Paris, La Fabrique, 140 p.

Pour repérer et déterminer les courbes de normalité et ainsi assoir les relations de pouvoir, les gouvernants ont eu recours, à partir de la fin du 18^{ème} siècle et le début du 19^{ème}, à la production de formes de savoirs : c'est le couple pouvoir/savoir. Les travaux d'objectivation statistique ont été un support essentiel à l'émergence de tels dispositifs. C'est cette « volonté de savoir » qui a par exemple été à la source du développement d'une politique de sécurité routière : les compagnies d'assurance ont voulu développer un savoir, d'abord statistique, de la mortalité sur la route. Ce sont ensuite les médecins, les psychologues, qui vont ajouter au caractère quantitatif un savoir qualitatif, en objectivant la normalité du comportement au volant, en cadrant le problème autour du comportement du chauffeur. Ces savoirs psychologisants vont s'imposer auprès de l'État et de ses organes et vont influencer sur l'orientation donnée à une politique de prévention routière au début des années 1970. De la même manière, la prévention en matière de santé est un des champs investit par la bio-politique : nous avons vu le poids des sciences humaines et sociales dans la construction d'une politique de prévention, menée à la suite d'études comportementales, sociologiques et psychosociologiques qui ont permis la mise en œuvre d'interventions qui prenaient appui sur certains traits du phénomène problématique (alcoolisme, tabagisme, risque de contamination par le VIH, etc.), pour le retourner contre lui-même.

C'est en cela que la prévention s'éclaire de façon particulièrement pertinente sous l'effet du concept de « bio-politique ». La prévention en santé ou en matière de sécurité routière n'est pas un dispositif disciplinaire, en ce sens qu'elle n'essaie pas de faire disparaître un phénomène problématique : « *les conditions qui peuvent faire varier* » la longévité, la durée de vie, le niveau de santé, dont nous parle Foucault, et qui sont le témoin du besoin de contrôles régulateurs sont, entre autres, les phénomènes de mortalité routière, de maladies chroniques, etc. La prévention est inscrite socialement et historiquement dans le processus de bio-politique car elle se développe à partir du moment où des pratiques sociales font varier sensiblement le rapport du pouvoir à l'individu et au corps : du « corps machine » qui intéresse la discipline, le biopouvoir est centré sur « le corps espèce », comme le rappelle Foucault dans *La volonté de savoir* (1976 : 183).

La prévention tente alors, notamment par la diffusion de « messages de prévention » dont on a étudié plus haut les logiques, les réseaux d'acteurs, les productions de savoirs, d'identifier les causes sociales du phénomène indésirable

(mortalité élevée sur les routes, problèmes de santé liés au tabac, à l'alcool, etc.), et de rechercher des prises symboliques dans les représentations qui sous-tendent les pratiques qu'il sera facile de qualifier de « pratiques à risque », ou « comportements à risque », car ils s'éloignent de la courbe de normalité. Là où les mécanismes disciplinaires visent à établir un dispositif qui agit de l'extérieur, par des sanctions, la prévention, en tant que « dispositif de sécurité », fait jouer « de l'intérieur » certains aspects du phénomène considéré, dans le but d'en étouffer ses effets les plus nuisibles. C'est donc par une prise de conscience, chez ceux que Foucault nomme « les gouvernants », de la nécessité de rechercher dans la dynamique sociale elle-même les moyens de son retournement, que la prévention est devenue une catégorie d'action publique en France. C'est pour cela qu'il paraissait nécessaire d'insister sur la fabrique des campagnes de prévention en matière de santé et de sécurité routière, et sur leur historique : le couple pouvoir/savoir a été la cheville ouvrière d'une prévention qui a la prétention, en suivant le schéma d'analyse foucaldien, de faire changer les comportements, les modes de vie, de l'intérieur des individus eux-mêmes. La prévention en tant que catégorie d'action publique ne signifie pas que le pouvoir est possédé et localisé dans des institutions ou des appareils d'État précis (CESF, ONSER etc.). Bien au contraire, et c'est une des caractéristiques de la prévention telle que nous l'avons étudiée, elle diffuse le pouvoir dans toute l'épaisseur et l'étendu du tissu social, jusqu'à l'intériorité même des individus : la prévention est une des modalités d'application de la bio-politique.

Conclusion

Le premier temps de ce chapitre, lors duquel nous avons rendu compte des configurations diverses dans lesquelles se sont développés les formes particulières d'action publique de prévention, les protagonistes et les types de pratiques de chacune d'entre elles, a ensuite été éclairé par l'approche foucaldienne de la biopolitique des populations.

Plus précisément, les campagnes de communication et de prévention, initialement pensées par la prévention routière puis reprise par la prévention en matière de santé, entrent pleinement dans ce cadre d'analyse plus général d'investissement du corps par le politique, qui représente désormais un trait essentiel des sociétés

contemporaines (Fassin et Memmi, 2004 : 17). Cependant, le cas de la prévention spécialisée met en lumière le fait que si le rapport de soi à soi, et de soi aux autres, devient l'ordinaire de la bonne conduite, et que, comme Foucault l'a montré, le corps est précisément le lieu où s'exerce le pouvoir - pour que gouverner, c'est faire que chacun se gouverne au mieux lui-même - ; cela n'exclut pas pour autant le maintien de la sanction et de la peine contre celles et ceux qui font preuve de leur incapacité à s'appliquer cette délégation du pouvoir et qui ainsi, par leur déviance, mettent en échec l'accord social établi autour d'une norme. Autrement dit, la prévention ne se pense pas exclusivement, sous les traits d'un pouvoir diffus qui gouverne les corps à distance : la prévention spécialisée nous rappelle que la sanction n'est jamais loin, que des résistances à ce gouvernement des corps existent, et que surtout, l'État n'est pas le seul lieu de la formulation des règles et de la mise en œuvre de l'action en matière de prévention.

En effet, alors que la relation entre corps et pouvoir a longtemps été un impensé des sciences humaines et sociales, des auteurs comme Norbert Elias⁴⁴, ou Marcel Mauss⁴⁵, avaient posé des jalons dans cette voie, que Michel Foucault a développée en insistant sur l'importance de prendre en compte tous les acteurs qui concourent à l'articulation entre des formes de savoirs, des relations de pouvoir et des processus de subjectivation. Là où Elias, dans son analyse du processus de civilisation, établissait le processus historique de la maîtrise des corps et de l'autocontrainte des conduites lui permettant de rendre compte de la différenciation sociale dans l'économie des pratiques corporelles, Michel Foucault va rendre compte, sous le concept de *gouvernementalité*, du caractère diffus, intime du pouvoir lui-même autant que des objets sur lesquels il s'exerce, lui permettant ainsi de donner sens aux formes de résistance et aux espaces de liberté de l'individu.

La prévention, et plus encore lorsqu'elle prend la forme principale de campagnes médiatisées de communication, a « *pour objectif la constitution d'un sujet, ou plus précisément d'une subjectivité* » (Foucault, 1994). Les spots télévisés, en matière d'alimentation, de consommation de tabac, d'alcool, de pratiques sexuelles, ou de comportements au volant recherchent, on l'a vu, à produire une réaction du public

⁴⁴ Dans *La civilisation des mœurs*, publié en 1973 chez Calmann-Lévy et dans *La dynamique de l'occident*, publié chez le même éditeur en 1975 (1^{ère} éd., 1939).

⁴⁵ On pense ici à l'article de Marcel Mauss, « Les techniques du corps », *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1980, pp. 363-386 (1^{ère} éd., 1934).

concerné à propos de leur « comportement à risque ». C'est donc un discours sur soi que les individus sont incités à produire, par rapport à une problématisation co-produite par les savoirs des experts et la puissance étatique. C'est au fond un processus de construction individuelle que la prévention en tant que catégorie d'action publique médiatise et qui entre dans les « processus de subjectivation » déterminés par Foucault. Ils ne sont en rien coercitifs, au contraire, le mode opératoire de la prévention consiste à inciter le public ciblé à prendre appui sur des éléments considérés comme constitutifs de leur « identité », pour s'éloigner de modes de vie, de comportements, de pratiques sociales néfastes pour le corps biologique tout autant que pour le corps social. Le gouvernement des corps produit ce processus un phénomène de subjectivation, dans lequel les individus sont invités à se subjectiver dans un mouvement de résistance aux pressions symboliques : *« Cette forme de pouvoir s'exerce sur la vie quotidienne immédiate, qui classe les individus en catégories, les désigne par leur individualité propre, les attache à leur identité, leur impose une loi de vérité qu'il leur faut reconnaître et que les autres doivent reconnaître en eux. C'est une forme de pouvoir qui transforme les individus en sujets »* (Foucault, 1994 : 227).

Finalement, c'est au prisme du concept de *gouvernementalité* qu'a été analysée la dynamique sociale de la prévention dans la société française d'après-guerre, et c'est sous ce concept que sera analysée plus particulièrement la prévention dans un secteur spécifique de la vie sociale et politique : la vieillesse. Car en effet, la *gouvernementalité*⁴⁶ selon Foucault, c'est l'articulation entre trois plans distincts : des formes de savoirs, des relations de pouvoir et des processus de subjectivation. Cela permet de toujours avoir à l'esprit que l'État n'est pas le seul acteur, omnipotent, à développer une bio-politique, cette forme de pouvoir orientée vers la gestion politique globale de la vie des individus. Le domaine d'intervention des pouvoirs publics ne cesse certes de s'étendre, mais il ne cesse de se reconfigurer, impliquant de nouveaux acteurs, de nouvelles formes, de nouvelles régulations. Le concept de *gouvernementalité* qui a sous-tendu ce premier chapitre et au prisme duquel sera analysé la prévention dans le

⁴⁶ « Par gouvernementalité, j'entends l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer cette forme bien spécifique, bien que complexe, de pouvoir, qui a pour cible principale la population et les sujets, pour forme majeure l'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositifs de sécurité. Deuxièmement, par gouvernementalité, j'entends la tendance, la ligne de force qui dans tout l'Occident, n'a pas cessé de conduire, et depuis fort longtemps, vers la prééminence de ce type de pouvoir qu'on peut appeler « le gouvernement » sur tous les autres : souveraineté, discipline ». Extrait de son cours au collège de France, la gouvernementalité, 1^{er} février 1978, in *Dits et écrits*, vol. 3, texte n° 239.

vieillissement, permet de rendre compte tout autant des multiples acteurs et de leurs logiques, mais permet aussi de s'intéresser à ceux que l'on gouverne : la formation des subjectivités, en ce sens que la subjectivité est le produit de la *gouvernementalité* qui met en place et transforme dans notre culture les « rapports à soi-même » (Fassin et Memmi, 2004 : 22).

Chapitre 2

De l'encadrement des modes
de vie à la mise en forme de
carrières : les politiques de
la vieillesse

Introduction

La prévention dans le vieillissement, en tant que domaine d'intervention des pouvoirs publics, résulte d'une orientation particulière de la problématisation de la vieillesse. L'étude des mises à l'agenda politique successives de la vieillesse comme problème public, qui est l'objet de ce chapitre, fait apparaître la prévention comme une forme singulière d'inscription dans les préoccupations des gouvernants. La politique de la dépendance, instaurée à l'aube des années 2000, n'est pas étrangère à l'élaboration progressive d'une politique de prévention, et n'est pas sans effet sur les modalités de son développement. Ce chapitre s'attache notamment à démontrer que la politique de prévention s'est développée en contrepoint de la politique de dépendance, et intervient en amont de cette dernière. Dans le même temps, la politique de prévention reprend certaines orientations de la politique du mode de vie, caractéristique de l'invention de la catégorie du « 3^{ème} âge ».

La vieillesse en tant que phénomène social a été problématisée de diverses manières, depuis les premiers jalons posés par le rapport Laroque de 1962, intitulé *Problèmes de la vieillesse*. L'étude de ce cheminement problématique s'appuie dans ce chapitre sur la grille d'analyse de construction des problèmes publics développée par Joseph Gusfield (2009), tout en questionnant à chaque nouvelle problématisation la lecture foucaldienne en termes de gouvernement des corps : dans quel(s) cas se trouve-t-on dans une introduction du pouvoir politique jusque dans l'intimité même des individus concernés ? Il s'agit d'analyser certaines situations qui deviennent des problèmes publics et entrent dans un processus de mise à l'agenda politique, faisant de l'État et de ses ramifications les propriétaires d'un problème public. Une telle approche interactionniste permet de ne pas occulter la place de tout un faisceau d'acteurs, en périphérie du monde politique, dans les définitions et redéfinitions progressives des modalités et du sens de la prise en charge de la vieillesse.

La catégorie de « retraités » qui apparaît avec l'instauration du système des retraites, n'est aujourd'hui plus une catégorie homogène, rassemblant sous sa bannière l'ensemble des personnes âgées. Les frontières de cet ensemble ont été redéfinies par la politique du « 3^{ème} âge » puis par celle de la dépendance, ce qui a eu pour résultat d'ajouter de nouvelles catégorisations de la vieillesse. La catégorie de la « dépendance », largement traitée en sociologie et en science politique, notamment par

Ennuyer (2003) ou encore Frinault (2009), est ici étudiée à l'aune du concept de *carrière*, issu de la sociologie de l'interactionnisme symbolique. Nous émettons l'hypothèse d'une construction d'une possible *carrière* institutionnelle de la dépendance qui s'instaure à partir du moment où se développe une politique de prévention. Sous l'effet de l'instrument qui permet d'évaluer le degré de dépendance d'une personne âgée apparaît une segmentation de la catégorie dépendance. En amont de celle-ci se trouve désormais le public visé par une politique de prévention, qui se développe aux portes de la dépendance. La *carrière* permet ainsi de questionner la construction par le politique d'un parcours autour de la catégorie dépendance.

I. De la construction de *carrières* dans le parcours du vieillir

I.1. Des *carrières* dans le vieillissement socialement construites

Le parcours du vieillissement tel qu'il se donne à voir dans les constructions de catégories par les politiques publiques et les configurations d'acteurs et d'intérêts qui les sous-tendent est ici pensé à l'aune de la notion de *carrière*, notion devenue classique en sciences sociales à la suite des travaux pionniers d'Everett Hughes au sein de l'école de Chicago. Au-delà de mettre à jour le caractère socialement construit des étapes et catégories du vieillissement et de permettre un dialogue entre structures sociales et actions individuelles, la « *carrière* » permet de penser les dispositifs d'action publique et de rendre compte de l'évolution des problématisations de la vieillesse.

I.1.1. La *carrière* en sociologie : la dialectique entre le récurrent et l'unique chez Hughes

La notion de *carrière* en sociologie, depuis les premiers usages généralement attribués à Everett Hughes, prend comme point nodal la question du travail, mais ne se limite pas au seul domaine professionnel.

Prenant le contre-pied des approches fonctionnalistes alors dominantes en sociologie et particulièrement en sociologie des professions, Hughes, par son approche interactionniste, introduit de la dynamique, du mouvement là où l'école parsonnienne saisissait les professions sur un mode synchronique, en examinant les rapports sociaux généraux (De Queiroz et Ziolkowski, 1997 : 68).

La *carrière* est comprise chez Hughes comme « le parcours suivi par une personne au cours de sa vie », ajoutant ensuite, « *plus précisément au cours de la période de sa vie pendant laquelle elle travaille* » (Hughes, 1996 : 175). Dans son ouvrage *Men and their work*, Hughes examine les relations sociales concrètes des acteurs, dans la durée, en mettant en lumière les différentes étapes d'accès à une profession, ainsi que les compétences non seulement techniques, mais plus largement sociales⁴⁷ que l'entrée dans un monde social particulier, puis le parcours ou la progression à l'intérieur de ce celui-ci, demandent d'acquérir. La notion de *carrière* chez Hughes renvoie donc à l'ordre dans lequel se déroule la vie de l'individu et aux changements psychologiques qui accompagnent chacune des étapes que ce dernier traverse, en fonction du système social et de la période historique considérée.

C'est cependant dans deux textes inédits, rassemblés dans l'ouvrage présenté par Jean-Michel Chapoulie, *Le regard sociologique*, que Hughes inscrit la notion de *carrière* non plus seulement dans le domaine de la sociologie du travail, mais dans une sociologie plus générale, approchant par moments la discipline anthropologique.

Dans « Carrières, cycles et tournants de l'existence », les questions d'ordre et d'étapes sont affirmées et légitiment notre souhait d'approcher la dernière phase de la vie, depuis la retraite jusqu'à la mort, comme la succession d'étapes mises en ordre et institutionnalisées : « *La singularité de la carrière d'un homme et la plupart de ses problèmes personnels naissent des événements plus ou moins importants qui affectent sa vie. Mais la vie d'un homme ne se réduit pas à son travail, et elle n'est pas complètement singulière par rapport à celle des autres. Dans chaque société, la vie des individus se déroule selon un certain ordre. Cet ordre est pour une part choisi, manifeste, voulu et institutionnalisé* » (Hughes, 1996 : 165). La portée heuristique de la notion telle qu'elle se définit chez Hughes réside dans la prise en compte des conditions autant objectives de la *carrière* (institutionnalisée, c'est-à-dire pensée et appliquée dans un contexte social particulier par les institutions qui régissent les divers mondes sociaux dans lesquels évoluent les individus), que subjectives, relatives à l'intimité et à la spécificité de chaque individu. Hughes place d'ailleurs l'objet de la *carrière* dans la jonction de ces deux éléments : « *L'étude des carrières a pour objet la dialectique entre ce qui est régulier et récurrent d'un côté, et ce qui est unique de l'autre ; une telle*

⁴⁷ Hughes définit les premières comme des « manières de faire » et les secondes comme des « façons de voir ».

étude, comme toute étude qui a pour objet la société, vise ainsi à se placer au point de rencontre entre une société stable, mais néanmoins changeante, et l'être humain unique » (Hughes, 1996 : 176-177).

La *carrière* chez Hughes comporte à ce stade deux éléments centraux : elle reflète premièrement une mise en ordre du parcours de vie des individus, cet ordre s'analysant d'un côté dans la prise en compte du caractère construit par diverses institutions qui contribuent ainsi à la régulation de la société et à sa stabilité, évolutive en fonction du système social. De l'autre, il s'agit avec le concept de *carrière* de sonder l'impact de l'ordre institué sur les individus, sur leur parcours de vie, sur leur quotidien et l'expérience de leur inscription dans des catégories. Avec la retraite par exemple, la création de catégories de retraité et du troisième âge résultent, nous le verrons plus loin, de mises en forme problématiques particulières de la vieillesse par la puissance publique, au travers de rapports de force entre acteurs sociaux. Voilà pour le côté institué de la *carrière* de retraité qui focalise notre attention sur cette première partie de thèse. Du côté de *l'unique*, de l'individu, qui sera au centre du second temps de ce travail, la *carrière* de retraité débute avant tout par le deuil de la *carrière* professionnelle, mais les personnes catégorisées « retraitées » font l'expérience de cette première *carrière* dans le vieillissement de façon plurielle, tout comme les personnes « dépendantes ». La *carrière* institutionnelle implique des vécus de *carrière* intimes, personnels, différents ou *uniques* pour reprendre la terminologie d'Everett Hughes.

I.1.2. Les trois dimensions de la notion de *carrière* en sociologie

Avant de concentrer nos analyses, dans le second temps de la thèse, sur le versant « vécu » des *carrières* qui jalonnent le parcours de vieillissement, il est nécessaire dans un premier temps de mettre à jour les régularités dont nous parle Hughes. Différentes *carrières* instituées seront analysées dans la suite de cette première partie. Si nous étudions les différentes catégories de la vieillesse au prisme de la notion de *carrière*, c'est non seulement, car cela renvoie à une mise en ordre du parcours de vie dans une prise en compte à la fois de la structure sociale et des individus, mais également, car les dimensions de la *carrière* se retrouvent dans la construction des *carrières* de la vieillesse. Dans son article « Carrières », Hughes arrête trois dimensions à prendre en compte dans l'analyse sociologique de la notion.

La première dimension est *l'âge biologique*. L'importance et la signification de cette donnée seront discutées lorsque nous évoquerons l'invention des retraites et du troisième âge. Elle permet d'appréhender ces catégories de la vieillesse comme des *carrières* contribuant à une mise en ordre du parcours de vieillissement. L'entrée dans ce parcours se fait par la retraite, première *carrière* du vieillir, que les individus atteignent lorsqu'ils ont l'âge biologique spécifique : la retraite est déterminée par un seuil d'âge. Selon Hughes, par définition, l'âge évolue invariablement et ainsi, « *aucun moment ne se répète jamais* », ou pour le dire autrement, les moments associés à un temps précis de la vie des individus ne seront pas vécus deux fois. « *Pour chacun d'entre nous, tout moment de notre âge coïncide également avec un événement dans le cours de l'histoire, avec une étape dans la carrière des institutions et des systèmes sociaux dans lesquels nous travaillons, dans la technologie et le marché du travail, ainsi qu'avec une étape dans les carrières des groupes sociaux auxquels nous appartenons* » (Hughes, 1996 : 171). L'âge biologique est inscrit dans le marbre des parcours des individus en ce qui concerne la retraite et définit l'entrée dans une étape précise du parcours de vieillissement : l'entrée dans la *carrière* de retraité. L'âge biologique entraîne un changement d'appartenance aux groupes sociaux : à celui d'actif précisé par l'affiliation à une corporation, à un groupe professionnel se substitue l'inscription dans un nouveau groupe social où les relations sociales sont fortement différentes. D'une moindre inscription dans un collectif d'appartenance fondé sur la profession, la fin de la *carrière* est immédiatement suivie d'une *carrière* nouvelle où l'enjeu, comme nous le verrons avec les préoccupations du rapport Laroque, est de tout faire pour qu'elle ne soit pas synonyme de « mort sociale ». Cela passe par des institutions et des acteurs autres que celles et ceux qui président à la *carrière* professionnelle : sur ce point les analyses de Rémy Lenoir seront utiles pour en comprendre l'émergence et le développement.

La seconde dimension des *carrières* concerne *l'âge social*, qui n'est plus relatif à l'âge chronologique et biologique de l'individu, mais au système social et à son évolution historique. Dans la perspective de Hughes, l'accent est mis sur le travail et les carrières professionnelles, mais il n'est pas le seul des systèmes sociaux à évoluer. La vieillesse et les politiques publiques qui la concernent évoluent constamment depuis plus d'un demi-siècle. « *La totalité ou la quasi-totalité des types de travail se situe à l'intérieur d'un système où l'on trouve toute une gamme de travaux à effectuer,*

correspondant à toute une gamme de rôles sociaux » (Hughes, 1996 : 181). L'idée défendue ici et que nous reprenons à notre compte pour l'étude des *carrières* du vieillissement peut se résumer ainsi : des rôles sont définis et distribués socialement selon ce qu'une collectivité, à un moment donné de son histoire, attend de ses membres. Ainsi en va-t-il des retraités de qui on attend aujourd'hui qu'ils prennent en charge et préviennent leur vieillissement, en s'adaptant à celui-ci par une modification de son style de vie, comme nous le verrons avec la prévention du vieillissement au centre du « bien vieillir ». Les attentes contemporaines sont bien différentes de celles qui ont motivé l'invention des retraites au cours du 20^{ème} siècle. Ce qui est attendu d'un retraité varie ainsi en fonction du système social dans une période considérée.

Enfin, l'étude des *carrières* chez Hughes implique que soit prise en compte *la mobilité des personnes au sein d'un type quelconque de système social* » (Hughes, 1996 : 184). Dans la vie active comme dans la période post-activité, les changements sociaux affectent la structure sociale. Dans le monde du travail par exemple, le développement technologique, l'urbanisation et plus récemment la concurrence mondialisée font que certaines industries, certains métiers, certains postes disparaissent ou réapparaissent. Et cela a des conséquences sur les *carrières*. L'augmentation de l'espérance de vie, les progrès de la médecine et parallèlement l'apparition de nouvelles maladies, le contexte économique et d'autres facteurs ont induit des changements dans la prise en charge de la vieillesse depuis les premiers jalons posés par le rapport Laroque de 1962. La transformation des systèmes sociaux a mécaniquement des répercussions sur les *carrières* dans les institutions, qui, au regard de l'âge social, c'est-à-dire de l'évolution du système social, contribuent à l'émergence de nouvelles catégories à la vieillesse qui fonctionnent comme des *carrières* nouvelles dans le parcours de vieillissement.

Les trois dimensions de la *carrière* institutionnelle proposées par Hughes nous sont utiles dans l'appréhension des *carrières* construites par les institutions qui traditionnellement ou plus récemment ont un rôle dans la définition et la prise en charge des catégories qui composent la vieillesse. Nous pensons que les diverses catégories qui fractionnent et découpent un même ensemble social produisent une possibilité de parcours dans ces catégories. C'est cette idée de cheminement, de parcours, de trajet dans les catégories de la vieillesse qui renvoie à la notion de *carrière* telle qu'elle se développe sous l'égide de la sociologie américaine interactionniste. Le passage d'un

individu dans une catégorie spécifique, comme la catégorie de dépendant, correspond à un moment dans l'histoire des institutions, qui elles-mêmes ont aussi une *carrière* – pensons au développement des caisses de retraite complémentaire qui seront étudiées plus bas- et des groupes sociaux auxquels il est rattaché et qui le dépassent.

Le concept de *carrière* a été investi à la suite de Hughes par de nombreux autres auteurs de l'école de Chicago, notamment Howard Becker et Erving Goffman, qui ont mis en évidence la transformation identitaire que l'institutionnalisation des *carrières* entraîne chez les individus. C'est le second versant de la notion de *carrière* : du côté des individus, le vécu de certaines situations sociales peut les entraîner dans une *carrière* morale. La notion de *carrière* permet de sonder l'impact des normes et des catégories produites par les institutions sur le vécu subjectif et intime de l'individu⁴⁸.

I.1.3. De la socialisation dans la notion de *carrière*

Si le concept de *carrière* se limite essentiellement chez Hughes au domaine professionnel, son usage s'est depuis élargi à l'étude de l'organisation de la vie sociale en général. Les sociologues de la seconde école de Chicago ont développé la compréhension du concept en relevant les remaniements subjectifs chez l'individu qu'une telle conception de la *carrière* suppose : « *il s'agit d'une véritable socialisation secondaire* » (De Queiroz et Ziolkowski, 1997 : 69) qui transforme en profondeur l'identité du sujet social. Cette socialisation, dans les études d'Howard Becker et Erving Goffman, se joue dans le caractère socialement défini des transitions.

Howard Becker, dans *Outsiders*, étudie les « carrières déviantes », notamment celles des fumeurs de marijuana, et reprend les idées centrales développées par Hughes : « *Un concept utile pour construire des modèles séquentiels de divers types est celui de carrière. Dans les études de professions, où ce concept a d'abord été élaboré, il renvoie à la suite des passages d'une position à une autre accomplis par un travailleur dans un système professionnel. Il englobe également l'idée d'événements et de circonstances affectant la carrière. Cette notion désigne les facteurs dont dépend la mobilité d'une position à une autre, c'est-à-dire aussi bien les faits objectifs relevant de la structure sociale que les changements dans les perspectives, les motivations et les désirs de l'individu* » (Becker, 1985 : 47). Sa conception de la « carrière déviante » demande ainsi

⁴⁸ Dans ce travail, la carrière morale sera traitée dans la seconde partie, lorsque seront convoqués les entretiens réalisés auprès de personnes âgées.

l'examen de deux mécanismes distincts : la fabrication et l'imposition de normes, et celui de socialisation et du changement de la structure identitaire de l'individu déviant.

En effet, dans les trois phases identifiées par l'auteur de la *carrière* déviante se combinent la représentation personnelle de l'individu sur son acte et le jugement porté par la société sur ce même acte, l'institution judiciaire étant le garant suprême de ce jugement. Par le mécanisme de stigmatisation, un nouveau statut est attribué socialement à l'individu, ce qui influence fortement son identité sociale et personnelle. Ce sont ici les deux premières phases décrites par Becker. La troisième relate l'intégration de l'individu au groupe des fumeurs de marijuana. Cette intégration puis le sentiment d'appartenance à une communauté demandent l'apprentissage de techniques et de codes communs qui socialisent le fumeur à son nouveau statut de consommateur et qui lui permettront de poursuivre sa pratique individuelle dans un cadre social.

Le second auteur de la seconde école de Chicago qui s'est intéressé à la notion de *carrière* est Erving Goffman. Avec ses propres mots, il place la notion dans la même perspective que Hughes et Becker, c'est-à-dire dans le croisement de deux structures : celle de l'institution et celle d'une biographie : « *le terme de carrière est généralement réservé à l'entreprise de celui qui entend profiter des possibilités de promotion qu'offre toute profession respectable. Mais il est aussi employé dans une acception plus large, pour qualifier le contexte social dans lequel se déroule la vie de tout individu* » (Goffman, 1968 : 179). C'est dans cette logique d'ensemble qu'il étudie les différentes phases par lequel passe le malade mental⁴⁹, sur son « itinéraire moral ». Ce sont en effet les aspects moraux de la *carrière* qui sont au centre de l'étude de Goffman consignée dans l'ouvrage *Asiles*, publié en France en 1968, aspects qu'il définit comme « le cycle de modifications qui interviennent dans la personnalité du fait de cette carrière », modifications qui atteignent également « le système de représentations par lesquelles l'individu prend conscience de lui-même et appréhende les autres » (Goffman, 1968 : 179-180). C'est dans cette « ambiguïté » du concept de *carrière* que se comprend l'articulation entre l'individu, sa modification au niveau de sa personnalité et l'institution représentée par l'hôpital psychiatrique, ambiguïté qui fait de la notion de *carrière* un concept heuristique : « *L'intérêt du concept de carrière réside dans son*

⁴⁹ Goffman précise qu'il entend « malade mental » dans une acception sociologique dans le sens où l'hospitalisation nécessaire pour tout traitement psychiatrique altère « le destin social de l'individu ». On est en ce sens face à un phénomène d'institutionnalisation de la maladie (Goffman, 1968 : 180).

ambiguïté. D'un côté, il s'applique à des significations intimes, que chacun entretient précieusement et secrètement, image de soi et sentiment de sa propre identité ; de l'autre, il se réfère à la situation officielle de l'individu, à ses relations de droit, à son genre de vie et entre ainsi dans le cadre de ses relations sociales. Le concept de carrière autorise donc un mouvement de va-et-vient du privé au public, du moi à son environnement social » (Goffman, 1968 : 179).

La *carrière* morale du malade mental se construit dans ce mouvement de balancement entre privé et public, entre l'intime et l'institution, dans ce rapport entre la personne malade et l'institution médicale, et s'échelonne en trois phases principales : la phase pré-hospitalière, qui correspond à toute la période immédiate qui précède l'entrée à l'hôpital ; la phase hospitalière, relative au séjour dans l'institution et la phase post-hospitalière. Chaque passage d'une phase à une autre impacte la *carrière* vécue du malade dans son parcours au sein de la *carrière* instituée.

Ainsi donc, la *carrière* ne se pense plus seulement comme un concept utile à la seule sociologie du travail ou des professions. Les études sur la déviance, ainsi que sur la maladie mentale en sont le témoin et plus encore, ont permis de comprendre en quoi les différentes phases par lesquelles passe un individu au cours de sa vie ou d'une partie de celle-ci ne sont pas déconnectées d'institutions qui, jusqu'à un certain point, les mettent en place et accompagnent l'individu dans la transformation de son rapport à lui-même et au monde.

Avec les catégories de la vieillesse qui émergent au cours de la seconde moitié du 20^{ème} siècle se pose la question des différentes problématisations de la vieillesse et de leur mise à l'agenda et de la construction institutionnelle de *carrières* dans le parcours du vieillissement. De l'invention des retraites à la politique de la dépendance puis de la prévention de la dépendance, nous analysons désormais les différentes formes de mises à l'agenda de la vieillesse comme problème public et la construction d'une *carrière* institutionnelle autour de la dépendance.

II. La vieillesse comme problème public

II.1. L'invention des retraites et des retraités

La conception de la *carrière*, dans son caractère « institué », est d'une grande portée heuristique, car elle permet de voir comment les pouvoirs publics construisent des *carrières* en direction des individus engagés dans un même processus social : la vieillesse. La vieillesse contemporaine correspond, depuis la fin de la seconde guerre mondiale, à la catégorie « retraités », catégorie qui résulte de la construction de la vieillesse comme problème public sous un angle économique. Bien que « l'idée » de retraite existe depuis la fin de l'Ancien Régime, elle deviendra une catégorie d'action publique à la suite de l'inscription de la vieillesse à l'agenda politique et aux rapports de force entre trois acteurs sociaux : le mouvement ouvrier, le patronat et l'État (Guillemard, 1986 ; 1988). Orientée en particulier vers les classes laborieuses, prolétaires, la catégorie « retraité » signe l'entrée dans la vieillesse à partir d'un référent universel, qui s'applique à tous : l'âge de la retraite. La construction particulière d'un ensemble social, « les retraités », résulte de l'identification du « problème social » de la vieillesse et de sa mise à l'agenda politique.

II.1.1. La vieillesse comme problème social dans la société industrielle du 19^{ème} siècle

L'invention des retraites en tant que système des solidarités relatif à la prise en charge des individus vieillissants a été analysée dans de nombreux travaux de recherche qui font aujourd'hui office de classiques des sciences sociales (Hatzfeld, 1975 ; Guillemard, 1986). Avant que la retraite ne devienne un droit et ne se construise dans un rapport de force entre acteurs sociaux, c'est par la reconnaissance et l'identification de la vieillesse comme un problème social national par la puissance publique que le cheminement postérieur, jusqu'à l'institutionnalisation de l'État-Providence, a été possible.

C'est dans une société du début du 20^{ème} siècle en proie à la lutte des classes dans la société industrielle que la vieillesse ouvrière a occupé une place centrale dans les préoccupations politiques de la troisième république pour en faire une catégorie d'intervention publique (Dumons et Pollet, 1994a ; 1995). En amont, c'est la vieillesse au sens large qui s'est autonomisée des autres âges de la vie pour devenir une réalité

sociale (Bourdelaïs, 1993). Alors que l'intervention publique se limitait jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle à assister les populations les plus en marge sans distinction d'âge au travers de l'assistance publique, la publicisation de l'image du vieux prolétaire paupérisé va construire une image sociale qui définit le cadre d'une nécessaire intervention publique, au moment même où la doctrine solidariste se développe sous l'égide de Léon Bourgeois. Cette doctrine met en son centre les notions de responsabilité collective et de solidarité.

Cependant, avant l'instauration en 1910 de la loi pour les retraites paysannes et ouvrières qui instaure l'obligation de cotisation pour l'ensemble des travailleurs français situés en dessous du seuil de salaire de 3000 francs annuels, qui fait figure de véritable avancée sociale, une minorité hétérogène de salariés, fonctionnaires de l'État comme salariés du secteur privé, bénéficiait déjà d'une pension de retraite. Le régime d'assurances sociales obligatoires de 1910 s'est inspiré des acquis dont jouissaient ces travailleurs (Pigenet, 2008 : 11), et de « l'esprit » qui a concouru à l'instauration des premières caisses de retraite professionnelles (Dumons et Pollet, 1994a).

Sans remonter jusqu'en 1673 et la création de la Caisse des invalides de la Marine destinée à financer les demi-soldes des marins blessés qui basculaient bien souvent dans une misère peu glorieuse, c'est véritablement à la fin du 19^{ème} siècle que s'engage l'histoire moderne des retraites, au moment où se posent les questions de sécurité, de conditions de travail et des conditions de vie dans une société industrielle qui impose de nombreux changements sociaux : urbanisation, industrialisation, développement de la société salariale, etc. (Castel, 1995). Robert Castel, dans ses *Métamorphoses de la question sociale*, montre à quel point la vulnérabilité économique, sociale, matérielle entraîne une paupérisation extrême de ces travailleurs de la société industrielle. Face à des mouvements ouvriers de plus en plus nombreux et violents dans la seconde moitié des années 1800 (Noiriel, 1986), des initiatives privées vont voir le jour pour maintenir la paix sociale dans les ateliers et les usines, stabiliser et rassurer les travailleurs, et assurer la production en favorisant le remplacement des vieux ouvriers à la productivité déclinante.

Sous couvert de paternalisme érigé en politique de gestion du personnel, les employeurs privés, essentiellement ceux des grandes entreprises de la métallurgie et du textile, mettent en place des caisses de retraite patronale. À la fin du 19^{ème} siècle, on

compte 229 entreprises possédant une caisse de retraite, pour un total de 115 000 ouvriers affiliés (Dumons et Pollet, 1994a). Plusieurs logiques sous-tendent ces actions patronales sectorielles : mettre fin à la contestation ouvrière en leur assurant un revenu à partir du moment où leurs capacités de travail déclinent ; stabiliser, maintenir et contrôler la main d'œuvre dans l'entreprise et le comportement au travail ; mais il s'agit également de devancer l'intervention étatique et de prévenir celle des syndicats, qui sont synonymes d'empiètements sur les prérogatives patronales (Pigenet, 2008 : 15). Ces régimes pionniers de retraite traduisent la montée progressive de la problématique de la vieillesse sous l'angle des difficultés économiques et sociales que connaissent les ouvriers vieillissants, qui face à des incapacités physiques, se trouvaient relégués au rang des indigents : sans travail, jusqu'alors, aucune intervention publique ou patronale ne permettait de vivre décemment. Plus largement, les retraites ouvrent une page nouvelle de la condition salariale, en devenant des références dont l'existence prépare la généralisation progressive, qui ne s'est pas faite sans heurt et sans opposition.

II.1.2. La prise en charge par l'État du risque vieillesse : le combat des retraites

La loi pionnière de 1910 a été votée à la suite d'échanges vifs et de prises de positions évolutives entre trois acteurs principaux : le mouvement ouvrier, dont on a vu qu'il a contribué à mettre sur le devant de la scène les préoccupations des prolétaires en matière de sécurité économique, tout autant que de sécurité au travail ; le patronat qui a développé des initiatives, localisées à certaines corporations et les pouvoirs publics qui, pour une partie, estiment avoir un rôle à jouer dans l'instauration de régimes de retraites obligatoires et la formation d'un droit social à la retraite.

Dumons et Pollet (1994a) ont dressé un tableau très fouillé et documenté des prises de position sur cette question des principaux acteurs politiques, syndicalistes et patronaux de l'époque. Au sein même de la puissance publique, des dissensions fortes sont apparues, non pas sur le principe des retraites, sur lequel tous ces acteurs se retrouvent, mais sur la question de l'intervention de l'État dans ce domaine. Tous les libéraux, le camp républicain, les catholiques et une partie du patronat rejettent une initiative étatique consistant à généraliser le système des retraites et à en faire de l'État le propriétaire et le gestionnaire. Perçue comme une source d'irresponsabilité politique et de déclin de la moralité, mais surtout synonyme de remise en cause de la liberté individuelle, l'idée d'une intervention étatique mettant en place une obligation de

cotisation sur salaire est combattue par cette frange conservatrice qui préfère laisser une part de liberté d'épargne et de prévoyance aux ouvriers. L'argument sous-jacent est que des retraites garanties par l'État sur cotisation impliquent une nécessaire augmentation des salaires pour les ouvriers, le traitement perçu étant alors trop faible pour autoriser des prélèvements. Le grand patronat industriel se refuse ainsi à systématiser les retraites pour ne pas avoir à augmenter les salaires, au contraire du petit et moyen patronat, qui adopte en 1901 le principe de l'intervention de l'État.

D'autres contestations, plus radicales, émanent au début du 20^{ème} siècle des mouvements révolutionnaires de la droite comme de la gauche qui s'opposent fermement à l'idée de l'instauration progressive d'un État providence. Favorables à un ordre social chrétien seul à même de résoudre la question sociale, ils mettent la cellule familiale, au centre de la prise en charge des personnes âgées. En tant que cellule sociale de base, c'est elle qui doit assurer économiquement la fin de vie de ses aînés. Cette opposition radicale trouve dans le premier syndicat du pays, la CGT, un allié de circonstance. Un transfert de responsabilité vers l'État est dénoncé comme une « escroquerie capitaliste », et le thème de la « retraite pour les morts » est au centre de l'argumentaire syndical : une pension allouée à partir de la fin de la *carrière* professionnelle n'a pas de sens du fait du peu de la faible espérance de vie : en 1900, elle n'atteint pas les 45 ans en moyenne (INSEE, 2012). De plus, la CGT refuse le principe de cotisation ouvrière du fait de la faiblesse des salaires.

Tous ces opposants vont cependant céder à la suite d'une mise en forme de compromis successifs (Guillemard, 1986). La « *nébuleuse réformatrice républicaine* » (Dumons et Pollet, 1994a), majoritairement composée de militants de la doctrine solidariste, met en avant la notion de dette de chaque individu envers l'ensemble social et les devoirs de solidarité qui en découlent. La loi de 1910, qui procède à une généralisation du droit à la retraite, pour les travailleurs les plus pauvres, touchant en dessous d'un certain seuil de salaire, retient le principe d'obligation de cotisation. Elle a ainsi été précédée à la fois par des initiatives sectorielles d'acteurs non étatiques, et par des interventions étatiques et s'inscrit donc dans la continuité d'actions menées à la fois par l'État et en dehors de lui. Si sa mise en application a été délicate et a fait face à des tensions et un boycott de la CGT sur les cotisations ouvrières, cette loi a cependant inauguré « *une dynamique assurantielle à caractère obligatoire* » (Dumons et Pollet, 1994a).

II.1.3. Les ordonnances de 1945 : les retraites comme enjeu principal des politiques de la vieillesse

Le droit social à la retraite deviendra universel avec la création des ordonnances de la sécurité sociale en 1945. La mise à l'agenda de la vieillesse comme problème public s'est développée autour des questions économiques et se conclut en 1945 sur ces mêmes préoccupations. Alors que le grand patronat tente toujours de définir les rapports entre vieillesse et société dans une logique de politique d'emploi, dans laquelle c'est au système productif d'intervenir sur la vieillesse, les syndicats se rapprochent progressivement de l'État pour définir la politique de la vieillesse en tant que politique des retraites, afin qu'elles signifient une amélioration des conditions économiques des travailleurs tout en leur assurant un droit au repos pour leur fin de vie (Guillemard, 1986).

Les retraites, qui témoignent de l'importance de la question ouvrière dans la société du 19^{ème} siècle, vont s'institutionnaliser en 1945 dans un référent universel, et ne concernent donc plus la seule classe populaire qui a fait émerger les problèmes de la vieillesse et la réponse des retraites : l'âge de la retraite. D'une préoccupation socialement située autour des plus pauvres des travailleurs qui jusqu'alors finissaient leur vie dans la pauvreté, la retraite devient un système de pension s'appliquant à tous les travailleurs. En 1945, avec les pensions de retraite, c'est une catégorie sociale qui voit le jour : celle de retraité. Cette catégorie est basée sur un seuil d'entrée par l'âge (Dumons et Pollet, 1994b), 65 ans étant le seuil requis pour passer du statut de travailleur à celui de retraité. Le choix de l'âge s'est fait dans un compromis entre employeurs, salariés et administration, chacune des parties trouvant dans ce critère des éléments pertinents à leur revendication : pour les employeurs, c'est le meilleur moyen de dépersonnaliser les relations avec les employés ; pour les salariés, c'est le moyen de mettre en place une règle du jeu unique qui assure les mêmes droits à tous, et pour l'administration, c'est un outil simple, identique et rigoureux. La mise en place des retraites fait de l'âge « *l'outil démocratique par excellence* » (Percheron, 1991 : 127).

Ainsi, la première mise à l'agenda du phénomène vieillesse, appelant une politique spécifique centrée sur une partie de la population, s'est construite progressivement à partir du moment où la question des travailleurs âgés et de leurs conditions de vie est devenue problématique et a été portée par les mouvements sociaux

et des initiatives privées. L'aspect économique au centre de cette problématisation aboutit à la mise en place des régimes de retraite dès la fin de la seconde guerre mondiale. Il a fallu attendre la généralisation de ce système autour d'un critère d'âge pour que la vieillesse devienne de façon effective le temps de la retraite, transformant les « vieillards » en « retraités », et ouvrant la voie à des *carrières* de vieillissement, au fur et à mesure que de nouvelles catégories sont venues s'ajouter et segmenter ce nouvel ensemble social.

II.2. D'une politique des retraites à une politique des modes de vie

Dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle, de nombreux travaux sociologiques ont proposé des voyages au cœur de cette catégorie nouvelle en allant au plus près des individus et de leur vécu. La typologie portant sur le contenu des pratiques sociales des retraités, élaborée par Anne-Marie Guillemard et publiée en 1972, *La retraite : une mort sociale*, et retravaillée en 2002 sur une autre cohorte plus récente de retraités, met en lumière différentes conduites en situation de retraite. Mais elle est, pour ce qui nous concerne, avant tout révélatrice du changement de problématisation de la vieillesse et de la vision politique de la place des personnes âgées dans notre société.

La première génération de retraités, évidemment très hétérogène, se distinguait en cinq façons de vivre sa retraite, en fonction de la diversité des parcours de vie et des carrières professionnelles des individus. Selon Anne-Marie Guillemard (1972), la retraite-retrait se caractérise par des activités essentiellement orientées vers les actes les plus fonctionnels de la vie quotidienne comme les repas, la toilette, le repos. Les individus se retirent du monde social et privilégient le huis clos de la vie privée. Au regard des quatre autres manières de vivre sa retraite – la retraite-troisième âge, la retraite consommation, la retraite revendication et la retraite participation – la retraite-retrait est celle qui concerne la majorité des personnes âgées, pour qui la retraite est avant tout l'antichambre de la mort. Cependant, dans un article de 2002 intitulé « De la retraite mort sociale à la retraite solidaire », Guillemard revient sur sa typologie des modes de vie à la retraite. Si elle note que la retraite-retrait a fortement reculé à l'aube du troisième millénaire au profit d'une retraite-loisir et d'une retraite solidaire qui est une redéfinition de la retraite-troisième âge, c'est notamment le résultat de l'évolution d'une politique de la vieillesse centrée sur les retraites vers une politique orientée vers les modes de vie et l'insertion sociale qui s'est développée dans les années 1960.

L'État apparaît comme la figure centrale de la politique du mode de vie (Guillemard, 1988 : 126), s'appuyant sur d'autres acteurs-relais de cette politique que lors de la mise en place du système des retraites. L'action publique va s'ancrer socialement dans un nouveau réseau d'innovateurs périphériques, le tout aboutissant à « l'invention du troisième âge » (Lenoir, 1979).

II.2.1. Une orientation politique novatrice

Le début des années 1960 est le moment d'une orientation politique majeure face aux problèmes de la vieillesse. Celle-ci ne se trouve plus problématisée en termes de pauvreté et de transferts sociaux en guise de solutions apportées, mais de façon plus globale comme population à maintenir dans la vie sociale. Le décret du 8 avril 1960 sur la création d'une Commission d'Étude des Problèmes de la Vieillesse marque une volonté d'intervenir de façon plus vigoureuse dans le champ de la vieillesse de la part de l'État.

Le rapport de la Commission d'Étude, qui prendra le nom de son président Mr Pierre Laroque, conseiller d'État, remis en 1962, met l'intégration sociale des personnes âgées au centre du discours : *« L'accent doit être mis en priorité sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, en leur fournissant les moyens de continuer, le plus longtemps possible, à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide-ménagère à domicile, par la création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaire, par l'organisation de leur occupation et de leurs loisirs »* (Rapport Laroque, 1962 : 9). Cette commission produit donc un discours qui montre la détermination à investir le quotidien même des personnes âgées, jusqu'à l'organisation de leur occupation et de leurs loisirs.

Là où la politique des retraites s'adressait prioritairement aux couches sociales les plus démunies, puis aux ouvriers et enfin à tous les salariés, le rapport Laroque oriente son discours à l'ensemble d'un groupe d'âge en s'inscrivant dans le champ du mode de vie de celui-ci. Derrière cette volonté affichée se cache l'objectif prioritaire de cette nouvelle politique de la vieillesse : l'insertion sociale. Le vieillissement de la population est devenu un problème public depuis notamment les publications produites dans l'immédiate après-guerre par Alfred Sauvy et la création de l'INED⁵⁰. Ce

⁵⁰ Créé en 1945, l'Institut National d'Études Démographiques est un établissement public spécialisé dans les recherches en démographie et les études de population en général.

vieillissement de la population inquiète et la puissance publique va faire autorité dans la définition de la réalité du problème social et non plus seulement économique de la vieillesse. L'État confie en effet à la Commission d'Étude⁵¹ la mission « *d'organiser les problèmes posés par l'emploi et les conditions d'existence des personnes âgées et de leur proposer les solutions à donner à ces problèmes dans le cadre d'une politique d'ensemble* »⁵². L'introduction du rapport Laroque affiche clairement la volonté d'engager une politique de la vieillesse qui se démarque d'une politique des retraites : « *La France est, actuellement, de tous les pays du monde (exception faite de l'Allemagne de l'Est), celui qui compte la plus forte proportion de personnes âgées. Le vieillissement de la population entraîne des conséquences dans tous les domaines de la vie nationale ; progressivement, mais d'une manière inéluctable, il grève les conditions d'existence de la collectivité française. (...). Enfin, politiquement et psychologiquement, le vieillissement se traduit par le conservatisme, l'attachement aux habitudes, le défaut de mobilité et l'inadaptation à l'évolution du monde actuel. C'est en vue de faire le bilan des charges et des conséquences du vieillissement de la population, et de dégager des lignes directrices d'une politique de la vieillesse qu'a été instituée par décret du 8 avril 1960, la Commission d'Étude des Problèmes de la Vieillesse* » (Rapport Laroque, 1962 : 3-4).

L'État devient le catalyseur d'une reformulation du débat sur la vieillesse, tout en redéfinissant son rôle dans la gestion des rapports entre vieillesse et société (Guillemard, 1986 : 135). Orienter la politique de la vieillesse autour de l'intégration sociale n'est pas la même chose que de l'orienter, comme c'était jusqu'alors le cas, vers la question des retraites. L'État ne limite plus son rôle à des fonctions seulement économiques, mais ouvre la voie à de nouveaux espaces pour l'intervention publique et déplace l'orientation principale de la politique de la vieillesse du terrain économique vers le terrain social. Cette politique des modes de vie concerne l'ensemble des personnes âgées et non plus seulement les « économiquement faibles » et contribue à définir une nouvelle manière d'être âgé, celle du « troisième âge », qui légitime une nouvelle conception de la vieillesse qui se développe dans une série d'initiatives locales,

⁵¹ La Commission d'Étude réunissait notamment autour de Pierre Laroque les deux spécialistes du vieillissement en France : les démographes Alfred Sauvy et François Bourlière en tant que membre de la Commission.

⁵² Article premier du décret instituant la Commission.

en harmonie avec les pratiques émergentes des retraités des classes moyennes (Caradec, 2012).

II.2.2. Les « innovateurs périphériques » comme traducteurs d'une politique du mode de vie

Si le rôle de la Commission a principalement représenté une « *contribution idéologique et normative* » (Guillemard, 1988 : 130), cette dernière a également proposé des actions – développement des services d'aide-ménagère pour assurer le maintien à domicile du plus grand nombre, des examens de santé systématiques, des actions d'éducation sanitaire dans le contexte de la naissance de la gériatrie (Moulias, 2004), la construction de résidences adaptées type logement-foyer, clubs pour personnes âgées, etc.- qui existaient déjà de façons parcellaire et embryonnaire au niveau local chez certains praticiens de l'action sociale (Gaudmer, 1962 : 18). Le rapport Laroque, en préconisant de généraliser ce genre d'actions, unifie, légitime et officialise des pratiques existantes, mais balbutiantes et dispersées. En ce sens, son discours est porteur d'action. Les préconisations issues de ce discours ne se mettront cependant en place que tardivement.

Cela se comprend dans le système d'action qui a présidé au développement de la politique du mode de vie de la vieillesse. De 1962 à 1969, les acteurs jusqu'alors positionnés sur la politique de la vieillesse, à savoir les caisses du régime d'assurance vieillesse et les acteurs politiques – les deux plans du Commissariat Général du Plan, le IV^{ème} plan de 1961-1965 et le V^{ème} plan de 1966-1970, n'orienteront que très faiblement leurs actions vers les préconisations du rapport afin de continuer à faire valoir leurs intérêts dans un espace social en évolution. Les autres appuis sociaux habituels de l'État pour mettre en place son action, syndicats et patronats, étaient pour leur part peu préoccupés par les questions de la vieillesse posées autrement que sous l'angle des retraites.

Ce n'est qu'à l'occasion du VI^{ème} plan que le nouveau modèle de l'intégration de la vieillesse dans le milieu de vie se développera dans le cadre d'une politique publique. Dans le cadre du VI^{ème} plan de 1971-1975, un intergroupe, présidé par Nicole Questiaux, chargé des problèmes relatifs aux personnes âgées sera constitué et proposera un programme finalisé de maintien à domicile des personnes âgées par la

promotion d'une action sanitaire et sociale coordonnée et sectorisée (Rapport Questiaux, 1971 : 13).

L'État, par le biais des collectivités territoriales, se rapproche alors de relais sociaux au niveau local afin d'assurer la meilleure mise en place possible du programme du rapport Laroque. Ce système d'action nouveau s'appuie sur un système d'alliances localisées et complexes, dans lequel on trouve les municipalités (Gucher, 1998), les professionnels du secteur médico-social, les médecins, les travailleurs sociaux qui ont tout intérêt à inscrire leur profession dans cette redéfinition de l'espace social de la vieillesse sous la bannière du troisième âge, les associations d'action sociale (Gaudmer, 1962) et enfin et surtout les caisses de retraite complémentaires qui se généralisent au début des années 1960 avec la constitution de l'Association des Régimes de Retraite Complémentaire (ARRCO).

C'est dans le dialogue entre le projet étatique et ce que Anne-Marie Guillemard nomme les « innovateurs périphériques » que se mettent petit à petit en place les actions et dispositifs disposés à jouer sur le mode de vie des personnes âgées. Dans ce réseau d'alliance des nouveaux gestionnaires de la vieillesse, le cas de Grenoble est particulièrement éclairant (Gaullier, 1975). Nouvelle équipe municipale, caisse de retraite complémentaire, travailleurs sociaux, associations privées et spécialistes des questions de la vieillesse et du vieillissement, notamment avec le Centre Pluridisciplinaire de Gériatrie créé en 1970 par les professeurs Philibert et Hugonot forment un réseau où chacun des acteurs trouve des intérêts à impulser de nouvelles activités (la municipalité et la caisse de retraite complémentaire), ou à renouveler leurs activités (travailleurs sociaux et associations privées) vers cette nouvelle population du « troisième âge », plus confortablement installée dans le troisième temps de la vie, au niveau tant moral que financier et matériel.

Car c'est bien de cette amélioration de la condition des personnes âgées rendue possible par les systèmes de retraite qu'a pu se développer une politique de la vieillesse axée sur le mode de vie. La retraite et les transferts de fonds destinés à l'entretien de la vieillesse ont attiré les acteurs sociaux cités ci-dessus qui ont souhaité se positionner dans ce nouvel espace social. Ils ont participé à la construction sociale de ce troisième temps de la vie, ce « troisième âge », et d'autres se sont ajoutés à ce « *champ des agents de gestion de la vieillesse* » (Lenoir, 1979 : 57) : clubs, universités, résidences de

vacances, etc. Ces nouvelles institutions, et plus encore les caisses de retraite complémentaire par le biais de leur fonds d'action sociale, ont compris qu'un « nouveau marché » pour reprendre les termes de Lenoir s'ouvrait dans les perspectives politiques nouvelles. Ces institutions ont alors ardemment contribué à forger et diffuser l'idéologie du troisième âge comme âge de la consommation et des loisirs, d'une vieillesse active, à travers des produits spécifiques destinés au plus grand nombre : session de préparation à la retraite, centres de vacances, croisières, offres culturelles, etc.

À la suite de l'orientation impulsée par le rapport Laroque s'est ainsi lentement développée une catégorie nouvelle construite de toutes pièces par divers acteurs. La conclusion de Rémy Lenoir est ici évocatrice : *« l'idéologie du troisième âge s'est largement diffusée : elle est désormais passée dans le discours le plus quotidien parce qu'elle s'est trouvée être au point de rencontre d'agents ayant en commun, pour des raisons diverses, un intérêt à la constitution de ce nouveau classement. La manipulation symbolique de l'image sociale de la vieillesse n'a pas seulement des effets symboliques. Elle contribue, en les nommant, à constituer et à imposer de nouveaux besoins, en particulier le besoin de spécialistes chargés d'en assurer la satisfaction »* (Lenoir, 1979 : 78). C'est une catégorie sociale qui a été créée sur la base de besoins et d'attentes à assouvir. Là où le rapport Laroque et son discours contenaient une dimension idéologique et normative, le second niveau de l'action publique, les acteurs et leurs dispositifs ont traduit concrètement sur le terrain, au plus près des intéressés, un nouvel ordre social de la vieillesse. Pour reprendre les termes de Gusfield et dans une démarche constructiviste dans la lignée de Berger et Luckmann (1996), un monde de faits a été élaboré dans l'arène publique par des acteurs divers en conflit pour délimiter les frontières de l'espace politique et social du « troisième âge ».

La problématisation de la vieillesse sous des préoccupations sociales, qui aboutit à l'invention d'une catégorie nouvelle, s'immisce jusque dans les modes de vie des retraités, appelés à être actifs, consommateurs, et à se référer au modèle promu par les acteurs qui ont participé à la première segmentation du temps social de la retraite. Avec la politique du mode de vie, nous sommes dans la première tentative du pouvoir politique de pénétrer les lieux de vie des personnes âgées – puisque le maintien à domicile est un des éléments prioritaires de cette politique –, leur mode de vie et la manière dont ils affrontent la vieillesse. Ce processus de bio-politique se retrouve dans l'organisation de leurs loisirs ou la mise en place d'interventions au domicile pour aider

à l'entretien *via* les prestations d'aide-ménagère. C'est en ce sens l'élaboration d'un ordre et d'un contrôle social dont nous parle Foucault qui résulte de la politique des modes de vie et de son établissement progressive. L'apport de Gusfield permet de mettre au clair le rôle de la chaîne d'acteur et du couple pouvoir/savoir dans le rapport nouveau du pouvoir à l'individu vieillissant et à son corps : *« Les formes les plus subtiles de contrôle social sont celles que nous reconnaissons le moins comme telles. C'est précisément parce que les catégories de la compréhension et de la signification produisent une contrainte si forte sur ce dont nous avons expérience et sur ce que nous pensons à propos de cette expérience, qu'elles interdisent toute prise de conscience de conceptions alternatives des processus et des événements. En nous conduisant à voir les formes habituelles comme la seule réalité possible, elles minimisent et elles occultent les conflits et les décisions qui ont mené à la construction de cette « réalité »* (Gusfield, 2009 : 30).

Ainsi, de la mise en place des systèmes de retraite jusqu'à l'invention de la catégorie du « troisième âge », puissance publique et innovateurs périphériques ou « intercesseurs sociaux » (Guillemard, 1988 : 126) ont participé d'une redéfinition et d'une fragmentation de la vieillesse : les retraités se voient proposer un mode de vie et une organisation de leur quotidien qui privilégie la sociabilité, la consommation, l'ouverture vers la société. Cependant, cette politique des modes de vie et la catégorie du « troisième âge » vont apparaître dans les années 1990 en perte de vitesse. La construction sociale de la vieillesse comme problème public va être orientée vers la dépendance, ce qui correspond à une mise en forme institutionnelle des *carrières* du vieillissement vers les possibles problèmes de santé qui peuvent impacter le quotidien des personnes lors de leur avancée en âge.

III. Politique de la dépendance et prévention

Alors que la vieillesse contemporaine était d'abord identifiée à la catégorie de « retraité » depuis 1945 et que le seuil d'entrée dans la « vieillesse » reposait sur une sorte de référent universel avec le critère d'âge, la seconde mise à l'agenda de la vieillesse a participé d'une redéfinition de la problématique de la vieillesse. D'une politique d'abord posée sous un angle économique avec les retraites, puis sur le versant social pour favoriser l'intégration des personnes âgées, afin qu'ils aient une réelle *place*

dans la société, une troisième forme de mise à l'agenda de la vieillesse comme problème public va être consacrée par la politique de la « dépendance », à la toute fin des années 1990. La politique de la dépendance et la catégorisation qui en résulte vont caractériser des segments à l'intérieur de l'ensemble social des retraités et construire des possibilités de *carrières* autour de la potentielle « dépendance ».

III.1. La dépendance : une nouvelle catégorie de l'action publique

III.1.1. La naissance de la catégorie « dépendance » : une catégorie gériatrique

Le rapport Laroque, en tant que point de départ des politiques gérontologiques, a non seulement priorisé dans une visée sociale l'insertion des personnes âgées en proposant des mesures qui investissent le quotidien même de ces dernières, mais a également posé la question de leur santé en donnant naissance à une entreprise de distinction du vieillissement pathologique et du vieillissement normal. Le rapport précise que le vieillissement pathologique demande aux pouvoirs publics d'assurer un ensemble d'aides à la vie quotidienne pour les personnes faisant face à une incapacité de réaliser les actes de la vie quotidienne. Les services d'aide-ménagère sont mis en place dans cette optique, pour les personnes vivant et vieillissant à leur domicile. En ce sens, une première division de la vieillesse en deux sous-catégories apparaît dans le rapport Laroque, lequel suggère qu'à un « 3^{ème} âge » vigoureux et actif succède une période de potentielles difficultés due aux déficiences physiologiques qui accompagnent le processus de sénescence. En somme, la retraite se découperait en deux catégories, ce qui tend à repousser le modèle de la vieillesse vers ceux qui font face à des problèmes de santé et dont le mode de vie en est impacté.

Afin de comprendre l'institutionnalisation de la catégorie dépendance au travers de la traduction de la politique vieillesse en une politique de la dépendance, et l'impact de cette politique sur les parcours institutionnels de vieillissement des individus, il est nécessaire dans un premier temps de situer le changement de définition du problème public de la vieillesse dans la perspective d'écologie des professions empruntée au sociologue interactionniste américain Andrew Abbott. Dans *The system of professions* publié en 1988, Abbott fait de la concurrence que se livrent les professions entre elles pour établir et défendre des zones de contrôle sur des activités le centre de son analyse (Menger, 2003 : 5). Le positionnement d'une profession sur un segment de l'espace social évolue en fonction d'influences sociales externes, nous rappelle Abbott, dans une

proximité avec l'analyse de Hughes sur les changements sociaux qui affectent la structure sociale. Ces influences, périphériques à la profession dans un premier temps, suscitent dans une société en perpétuel mouvement l'apparition de nouvelles tâches et activités, ce qui force dans un second temps les professions à réajuster leur position, leurs relations aux autres professions et à participer à des problématisations sur un phénomène social.

Pour ce qui concerne la « dépendance », des changements d'abord extérieurs au monde professionnel qui a participé au succès de la catégorie, la gériatrie, ont directement influencé l'écologie des professions qui participent à la prise en charge de la vieillesse. À côté du secteur de l'aide à domicile qui s'était structuré, dans les années 1960 et 1970 suite aux préconisations du rapport Laroque, autour de services prestataires d'aides-ménagères financés en grande partie par les fonds d'action sociale des caisses de retraite (Caradec, 2012), va apparaître progressivement se développer un secteur de soins aux personnes âgées. Cela a été rendu possible par une première dissociation entre adultes handicapés et personnes âgées dans les politiques publiques, ce qui va tendre à naturaliser les différences sociales sous le couvert des effets inéluctables de l'âge (Barthe, Clément, Druhle, 1988). Bien que la dépendance trouve ses fondements constitutifs en France, dans une première partition entre vieillissement normal et vieillissement pathologique, entre les vieillards valides et les semi-valides et invalides, tels que nommés dans le rapport Laroque, c'est la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière qui va introduire une distinction entre l'âge et le handicap par une segmentation des structures de prises en charge des individus vieillissants et faisant face à des problèmes de santé. En supprimant les hospices à vocation généraliste, la loi de 1970 a mis en place une segmentation des structures (unités de moyen séjour, hospitalisation à domicile) qui se poursuivra avec la circulaire de 1974 instituant les centres de jour pour personnes âgées et les logements-foyers, dans l'objectif d'offrir, à côté des services de maintien à domicile, des alternatives à l'hospitalisation.

À côté d'une politique sociale de la vieillesse élaborée depuis 1962 se construit à partir des années 1970 un versant médical de la politique vieillesse : la médicalisation des personnes âgées promue par la création d'établissements destinés et à la surveillance médicale que nécessite l'état de personnes qui ne peuvent plus effectuer seul les actes classiques et ordinaires du quotidien (Ennuyer, 2003). C'est dans ce contexte que va apparaître pour la première en France le vocable « dépendance ». La première définition

française de la dépendance est donnée par le médecin gériatre Yves Delomier, en 1973 : « *Le vieillard dépendant a besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut du fait de l'altération de ses fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée les gestes nécessaires à la vie* » écrira-t-il dans un article paru dans la revue *Gérontologie* (1973 : 9).

La dépendance est inscrite dans une logique fonctionnelle, elle entraîne des incapacités et ainsi des besoins d'aide et de soins. Cette même logique était au centre des réflexions de médecins hospitaliers en France (Feller, 1999) ou aux États-Unis (Katz, 1963 ; Lawton & Brody, 1969) qui réfléchissaient une décennie auparavant aux problèmes posés par les patients âgés dans les hôpitaux, afin d'ouvrir les soins et les techniques médicales vers la ville et le domicile. Les gériatres français se sont ainsi basés sur les études nord-américaines, qui, derrière le pionnier Katz, ont défini la dépendance en fonction d'une mesure des fonctions de l'individu, qui en résultent des capacités ou des incapacités à réaliser les activités de la vie quotidienne. La gériatrie va dès les années 1970 occuper la place de l'expertise médicale de la vieillesse, favorisée par un contexte d'amélioration des conditions de vie, notamment grâce à la couverture sociale généralisée, et le développement des moyens thérapeutiques.

Le prisme de l'écologie des professions, dans cette émergence de la catégorie, rend possible la compréhension de construction d'une profession en une discipline légitime auprès des pouvoirs publics. L'analyse de Abbott lie les tentatives de contrôle d'une profession sur un problème public à ce qu'il appelle « l'auditoire » des revendications professionnelles : l'État en tant que producteur de dispositifs de politique sociale : « *Les professions aspirent à se développer, s'emparant de telle ou telle sphère de travail qu'elles transforment ensuite en « juridiction » au moyen de savoirs professionnels et de revendications destinées à obtenir une légitimité auprès des pouvoirs publics. [...] Ces tentatives de contrôle légitime – que j'appelle juridiction – sont soumises aux réactions de ceux que j'ai appelés les « auditoires » des revendications professionnelles : l'État, le public. Ces auditoires servent d'arbitres, parce que leur propre légitimité a ses racines en dehors du système des professions* » (Abbott, 2003 : 29-30). En médicalisant la vieillesse et en la distinguant du handicap, les gériatres en a fait une pathologie qui demande leur expertise et leur savoir-faire médical. Ils ont constitué un problème public en lui donnant une structure cognitive et morale -la dépendance est d'origine médicale et doit donc être du ressort de la

médecine-, et en évacuant ainsi les autres réalités possibles de la dépendance (Memmi, 1979, 1998 ; Ennuyer, 2003). Les gériatres ont été des « entrepreneurs politiques » (Frinault, 2005 : 18) en ce sens qu'ils ont fourni, au travers de l'approche fonctionnelle, des critères « objectifs » dont l'État providence s'est emparé dans son souci de découper le corps social en groupes auxquels répondent des droits sociaux.

III.1.2. La politique de la vieillesse dépendante

C'est sur cette approche fonctionnelle, ou « causale » de la dépendance, telle qu'elle est définie par la gériatrie que la puissance publique va s'appuyer pour faire de la dépendance le principal enjeu de la politique de la vieillesse. La politique gérontologique a cependant été indécise, entre 1979 et 1983, et cette indécision est révélatrice d'une hésitation entre deux directions qui témoignent de deux conceptions différentes de la vieillesse. En 1979, apparaît pour la première fois la vision médicale de la vieillesse au travers de la dépendance dans un rapport politique (Ennuyer, 2003) : le rapport Arreckx, du nom du député qui a dirigé les travaux à l'Assemblée Nationale, intitulé *L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes*. C'est la première collusion entre monde politique et définition médicale de la dépendance. L'année suivante, un rapport de l'organe chargé de la planification politique, le rapport Lion intitulé *Vieillir demain*, préfère une vision plus large de la vieillesse que celle que nous nommons « médico-centrée », notamment car il ne reconnaît pas la légitimité de la discipline gériatrique sur la question et sur la partition de la vieillesse en deux catégories qualitativement opposées : il est écrit que « *le vieillissement démographique ne sera pas la cause principale de l'augmentation des dépenses pour la vieillesse* » (Rapport Lion, 1980 : 95) et qu'il est dangereux de découper la population âgée qui se caractérise par son hétérogénéité, par la variété de ses problèmes et par les inégalités sociales face à la vieillesse (p.6).

C'est cependant la vision déficitaire de la vieillesse qui va s'imposer, car c'est elle qui répond le mieux aux exigences gestionnaires d'un État-providence qui fait face à l'explosion des dépenses socialisées de protection sociale. La gériatrie a pu imposer son approche incapacitaire du vieillissement, car l'État providence était dans une volonté de gérer les coûts de la vieillesse, coûts qui lui imputaient de plus en plus du fait

d'une insuffisance du « réservoir d'aide familiale » (Monorey, 1976)⁵³. Cette orientation vers la problématique de la dépendance se dévoile dans les nombreux rapports et textes de lois, qui, de 1983 à 1994, vont s'attacher à remettre en cause la logique et les dispositifs de la loi de 1975 qui accordaient les mêmes droits aux personnes touchées par un handicap, quel que soit leur âge. Le rapport du Conseil Economique et Social, publié en 1985, *Les problèmes médicaux et sociaux posés par les personnes âgées dépendantes* appuie « l'approche causale » de la dépendance, qui fait de l'âge et de la vieillesse l'origine du handicap, lequel est mesuré à l'aide d'indicateurs fonctionnels. Les personnes âgées sont dépendantes, car elles font face à des problèmes médicaux et sociaux qui, en retour, posent des problèmes à la stabilité de la collectivité.

Ce sont cependant les lois de décentralisation de 1982 impulsées par le gouvernement socialiste, qui ont consisté à transférer des compétences administratives de l'État vers les collectivités locales, qui ont eu le plus d'impact dans les débats sur l'établissement d'une prestation dépendance au tournant des années 1990.

Depuis la loi 75-535 du 30 juin 1975⁵⁴ relative aux institutions sociales et médico-sociales s'est structuré en France un secteur médico-social qui a fortement impacté les pratiques gérontologiques. Dans un État alors centralisateur va se développer le principe d'interventions de professionnels du soin à domicile comme en établissements, pour le côté médical, qui interviennent de façon complémentaire aux aides-ménagères déjà présentes depuis les préconisations du rapport Laroque, et qui participent à l'établissement du secteur médico-social, en stabilisant les identités professionnelles. Les élus locaux des départements et des communes n'avaient que peu de prises dans la gestion du social et du médico-social et ajustaient leurs actions à la marge de l'action publique, dont l'État était le seul dépositaire (Gucher, 1998 : 61). Il ne faut pas nier dans cette centralisation la place d'une politique de l'emploi pour lutter contre le chômage, rendue possible par la multiplication des emplois à domicile pour

⁵³ Le changement de la structure familiale (augmentation des divorces et des naissances hors-mariage, baisse de la fécondité, diminution de la cohabitation intergénérationnelle...) et l'activité professionnelle croissante des femmes ont bouleversé le mode d'accompagnement de la vieillesse, traditionnellement du ressort de la famille, et ont contribué à la croissance de l'État providence. Il est intéressant de remarquer que c'est dans des périodes de restriction budgétaire, lorsque l'État sectorise les problèmes et les solutions apportées, que resurgit dans le débat public la place des institutions traditionnellement pourvoyeuses d'aide aux populations en difficulté (Castel, 1991 : 26). Avec la vieillesse, les solidarités familiales, qui n'avaient pas disparu, ont trouvé un nouvel élan et une place renouvelée dans le débat public (Martin, 2003a : 43).

⁵⁴ Loi votée le même jour que la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.

l'aide à la vie quotidienne comme pour les soins para-médicaux (Thomas, 2005 : 39). Cette politique va encore progresser au milieu des années 1980.

En effet, la montée de la problématique de la dépendance dans les années 1980 va rencontrer les politiques de l'emploi, véritable maître mot des politiques sociales, et va faire de la dépendance un « gisement d'emplois » (Ennuyer, 2003 : 203). Les débats sur la dépendance vont être influencés par le besoin de trouver des secteurs dans lesquels pouvaient se déployer une main-d'œuvre peu qualifiée (aide-ménagère, aide-soignante), et vont rencontrer les intérêts des départements, qui, depuis la loi du 22 juillet 1983 se voient attribuer la compétence de gestion des prestations d'aide sociale et des services et établissements sociaux et médico-sociaux. Alors que l'État reste le garant de la solidarité nationale pour tous au travers des prestations de solidarité nationale et de sécurité sociale, le choix sera fait d'une gestion décentralisée de la dépendance et d'un pilotage par les conseils généraux.

C'est dans cette double dynamique de montée des intérêts professionnels et départementaux qu'une prestation expérimentale dépendance (PED), lancée dans 12 départements, va voir le jour au 1^{er} janvier 1995 et aboutira au vote de la prestation spécifique dépendance (PSD) généralisée à l'ensemble des départements au 24 janvier 1997. Cette loi pose définitivement et légalement la frontière entre les adultes handicapés et les personnes âgées qui s'était amorcée lors de la définition de la dépendance par la gériatrie. Les personnes sont éligibles à la prestation dépendance à partir de 60 ans, qui devient l'âge à partir duquel est ouvert le droit à la PSD, réformée en 2001 par la loi 2001-647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Ainsi, au travers d'une responsabilité causale érigée par la médecine gériatrique qui fait de l'âge et de la vieillesse la cause de la dépendance, et d'une responsabilité politique⁵⁵ dont résultent les prestations allouées par les conseils généraux aux personnes dites « dépendantes », cette catégorie d'action publique s'est imposée comme

⁵⁵ Joseph Gusfield, dans ses travaux, distingue deux types de responsabilité : la responsabilité causale, qui renvoie à l'explication causale d'un événement, comme dans la phrase « le cancer est responsable de la mort de quelqu'un », et comme est définie la dépendance : « la vieillesse et l'âge sont responsables de l'apparition de dépendances chez une personne âgée ». « *La responsabilité causale soutient une thèse sur l'enchaînement des faits qui rend compte de l'existence du problème* » rappelle Gusfield (2009 : 14) alors que la responsabilité politique désigne la personne ou l'instance chargée de contrôler une situation ou de résoudre un problème. Ainsi, « *l'imputation d'une responsabilité politique est affaire de politique publique* ».

le dispositif principal de la politique de la vieillesse. La dépendance est mesurée à l'aide d'un outil d'évaluation élaboré par les gériatres, la grille AGGIR que nous analysons comme un instrument de segmentation du champ de la dépendance, segmentation qui va permettre l'ouverture sur une dernière forme de mise à l'agenda de la vieillesse comme problème public et la mise en place d'une *carrière* institutionnelle.

III.2. La construction institutionnelle de la dépendance : la grille AGGIR comme instrument de segmentation et d'entrée dans la *carrière* de dépendant

Depuis la création du système des retraites, différentes et successives problématisations de la vieillesse ont découpé cet ensemble et redéfini les frontières. Une partition de la vieillesse s'est opérée, conséquence directe des politiques des modes de vie puis de la dépendance, qui ont divisé les âges de la vieillesse. Ce découpage des âges de la vieillesse a été concomitant des transformations connues par les structures d'âge des populations des pays occidentaux. La longévité croissante a en effet ajouté de nouveaux âges à la vie. Les gérontologues et gériatres ont ainsi distingué des vieillesse dans la vieillesse, dont un accroissement considérable des personnes très âgées, nouveauté historique depuis la seconde moitié du 20^{ème} siècle. Vivre au-delà de 85 ou 90 ans était jusqu'alors rare et inédit. Ce n'est désormais plus le cas et on distingue en Europe, à la suite des travaux nord-américains sur la question, deux âges dans la vieillesse : le 3e âge et le 4e âge. Bernice Neugarten, gériatre américaine, fut en effet la première à proposer le seuil d'entrée dans la vieillesse à partir d'un double point de vue : démographique et épidémiologique (1974). Le seuil de 75 ans fut décidé arbitrairement, à la suite d'observations faisant état d'un nombre croissant de personnes de + de 75 ans, auquel était attaché un plus grand risque de déficience physique et psychique. C'est cette partition classique venue des États-Unis, qui oppose les « jeunes vieux » (*young old*) qui vont bien physiquement, financièrement et socialement, aux « vieux vieux » (*old old*) qui vont mal que l'on retrouve dans le phénomène de catégorisation, qui est la traduction par les politiques publiques de la redéfinition des frontières de la vieillesse.

Avec la dépendance et son dispositif de mesure apparaît une nouvelle forme de problématisation de la vieillesse, en termes de prévention. La sous catégorisation induite par la grille AGGIR et la loi sur l'APA crée en effet un nouveau public cible de l'action publique et dessine autour de la dépendance une *carrière* institutionnelle : en amont de

celle-ci se trouvent les personnes âgées non catégorisées comme « dépendantes », mais qui font face au risque de dépendance. Émerge alors l'idée qu'il faut prévenir cette dépendance et orienter l'action dans l'étape qui précède la dépendance. On voit apparaître cette idée de séquençage, de passage d'une catégorie sociale ou d'une position sociale à une autre présente dans la notion de *carrière* institutionnelle.

III.2.1. La grille AGGIR : gouvernance par les instruments et segmentation de la catégorie dépendance

La dépendance est devenue une catégorie de l'action publique par un travail de chiffrage de la population dépendante. Le monde politique, afin de comptabiliser et cibler le nombre de personnes dépendantes, avait besoin d'un outil de mesure et d'évaluation de la dépendance. C'est en ce sens une analyse en termes de « *gouvernance par les instruments* » (Lascoumes, 2003 ; Le Galès, Lascoumes, 2005) qui prévaut. L'effet de la grille AGGIR sur l'action publique ne s'arrête pas à la seule catégorie dépendance, mais c'est dans un premier temps de la nature de l'instrument qu'il faut discuter.

Dans la décennie 1980, il existait de multiples grilles d'évaluation de la dépendance élaborée par la gériatrie. En se basant sur des grilles élaborées dans le contexte médical de l'hébergement aux États-Unis (Katz, 1963) ou en Angleterre (Exton-Smith, 1962), les gériatres français créaient souvent leur propre instrument en fonction de leur contexte et de leur objectif : citons par exemple la grille du professeur Kuntzmann (1982) ou l'outil géronte (1981)⁵⁶. Ces outils, destinés à la base à évaluer les personnes âgées en établissement et/ou au domicile, ont fait face à la volonté affichée par les gériatres eux-mêmes et par les acteurs politiques de disposer d'un outil commun : « *Pour que l'épidémiologie ne reste pas une science basée sur des données imprécises, le choix d'une échelle d'évaluation commune paraît enfin indispensable. Des conclusions ne peuvent être tirées que si tout le monde travaille avec les mêmes documents. Pour une meilleure politique de santé des personnes âgées, tant sur le plan thérapeutique, pronostique qu'économique, la mise au point d'une démarche commune*

⁵⁶ Créé par des médecins gériatres, des ingénieurs informaticiens et des spécialistes des mathématiques et des algorithmes (Leroux *et al.*, 1981), et présenté au congrès gériatrique du Mans en 1981, l'outil Gêronte est destiné à évaluer le degré de dépendance des personnes âgées qui résident aussi bien en hôpital qu'en institution et au domicile. La grille Kuntzmann, du nom du médecin gériatrique qui l'a développée, permet quant à elle d'apprécier « *la dépendance globale d'une population vivant en institution* » (Kuntzmann, 1982) et non au domicile. Ce sont les membres de l'équipe ayant créé l'outil Gêronte qui seront les concepteurs de la grille AGGIR.

semble donc très nécessaire. Elle permettra de mieux faire sentir le poids de la gériatrie auprès des pouvoirs publics. Les articles (de ce numéro de la Revue de gériatrie de 1980) sont la base d'une meilleure connaissance des personnes âgées, afin de mieux les soigner au moindre prix » (Gordin, 1980 : 361).

Le monde gériatrique avait compris l'intérêt de se placer sur ce créneau de la dépendance et d'élaborer une grille d'évaluation de la dépendance des personnes âgées dans un contexte politique de réduction des dépenses. Cette importance de rationalisation de la gestion de cette population est énoncée dès 1990 dans un document du ministère des Affaires sociales et de la solidarité, *Choisir ou construire une grille de dépendance. Quelques questions préalables*. Ce document officiel marque un tournant dans la façon dont les décideurs appréhendent la nécessité d'un outil d'évaluation (Ennuyer, 2003 : 117). La grille ne doit plus être destinée prioritairement à évaluer les personnes âgées, mais avant tout à cadrer la politique publique. Le document officiel précise en effet que « *dans le contexte général de maîtrise des dépenses, l'indicateur doit contribuer à l'allocation optimale des ressources du système* » (1990 : 5). Deux rapports publiés en 1991, l'un de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, nommé rapport Boulard, et l'autre du commissariat général du plan, le rapport Schopflin, concrétisent ce glissement entre les grilles gériatriques multiples qui évaluaient les personnes âgées, et l'attente politique d'un outil commun qui doit servir la politique publique en lui permettant d'évaluer la dépendance, de chiffrer le nombre de dépendants, de les classer en catégories, de calculer les coûts qui en découlent, et de tarifier les coûts en établissements. L'objectif de la politique publique devient donc la mesure (Frinault, 2005 : 28) qui permet d'appréhender le problème social à travers une grille d'analyse objectivante.

Cet outil commun, cette grille d'évaluation unique recherchée tant par le monde politique que par la gériatrie, pour des raisons différentes, mais dont les intérêts se rencontrent, sera baptisée AGGIR – Autonomie gérontologique groupes iso-ressources. C'est l'outil développé par le syndicat national de gérontologie clinique à partir de Géronte, une des grilles existantes, mais qui avait déjà la préférence politique, face à d'autres grilles, notamment celle de Colvez, proposée par les médecins de santé publique de l'INSERM. En annexe du rapport Boulard est faite référence au seul outil Géronte. Le monde politique, en choisissant AGGIR issue du syndicat de gérontologie clinique et non la grille des médecins de santé publique, a signé la définition de la

vieillesse comme une pathologie spécifiquement « gériatrique ». La légitimation scientifique, par les mêmes acteurs du champ médical, de la grille AGGIR, passe également par l'informatisation des données de la grille. C'est un logiciel informatique qui, afin de constituer les groupes, de hiérarchiser la perte d'autonomie et d'établir des statistiques, place les individus dans les différents GIR (Arnaud *et alii*, 1993 : 78).

La grille AGGIR devient l'instrument officiel de la politique publique de la dépendance. Elle est instituée par l'article 2 du décret du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités de l'attribution de la PSD et sera confirmée lors de la réforme APA de 2001. Le fonctionnement de cette grille et la mise en ordre du groupe des « dépendants » qui en résulte impactent directement la *carrière* de dépendant et les possibilités de *carrières* autour de la possible dépendance : en amont de celle-ci s'autonomise la catégorie de la prévention.

III.2.2. Prévention et dépendance : deux étapes d'une possible carrière institutionnelle

Le groupe de dépendants est désormais le résultat de la réunion d'un critère d'âge –il faut être âgé d'au moins 60 ans pour demander l'allocation-, d'une approche fonctionnelle et d'un seuil : alors qu'avec la PSD, le groupe des dépendants recouvrait les personnes placées dans les groupes iso-ressources (GIR) 1, 2 et 3, la réforme de l'APA va élargir le groupe au GIR 4. Avant de discuter de la progressivité de la dépendance et de ses seuils, la question se pose de savoir comment les individus sont placés dans chacun des 6 GIR.

La grille AGGIR évalue les capacités de la personne âgée à accomplir 10 activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et 7 activités domestiques et sociales, dites illustratives. Chacune des variables est évaluée selon 3 modalités : A – fait seule, totalement, habituellement et correctement ; B – fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement, et C – ne fait pas. Seules les 10 activités dites discriminantes sont utilisées pour déterminer le GIR dont relève la personne âgée. Les 7 autres activités dites illustratives sont destinées à apporter des informations pour l'élaboration du plan d'aide de la personne âgée. En fonction des réponses et de l'appréciation de l'évaluateur, la personne est classée dans un des 6 GIR. L'évaluation se fait au domicile de la personne ou en établissement le cas échéant, par l'équipe médico-sociale (EMS) du conseil général, puisque c'est sur le budget d'aide sociale du

département qu'est alloué le financement de l'APA. Le service autonomie de chaque conseil général comporte une EMS, composée d'assistantes sociales, d'ergothérapeutes, de médecins, de psychologues. Très souvent un seul membre de l'EMS réalise l'évaluation (DREES, 2013 : 1).

Cependant, ce moment de l'évaluation n'est qu'une des étapes de l'entrée en dépendance. Nous pouvons lister les différentes étapes du processus :

- Une *demande* d'aide formulée auprès du CCAS ou service du Conseil général.
- Une *démarche* : remplir un dossier administratif.
- Un *consentement* à la procédure d'évaluation par les équipes médicosociales.
- Une *négociation* du plan d'aide personnalisé lors de l'évaluation à domicile.
- Une *acceptation* formelle du plan d'aide personnalisé proposé.
- Le *recours* aux services prestataires ou mandataires supposés intervenir.
- Une probable *discussion* autour de la mise en place des services et interventions (Gucher, Alvarez *et alii*, 2011 : 71).

Le premier point central est que lorsqu'une personne demande l'APA, que la demande ait été formulée par elle-même ou plus souvent par un de ses proches, elle s'engage dans la *carrière* de dépendant au travers du franchissement des différentes étapes du processus qui agit comme « *processus de socialisation* » au statut de dépendant⁵⁷ (Thomas, 2005 : 49).

Le second point d'une telle catégorisation effectuée à la suite de ce processus à étapes qui fixe un plan d'aide personnalisée qui s'appuie sur l'instrument d'évaluation AGGIR est que l'entrée dans la *carrière* induit une possible *carrière dans la carrière*. Lors de la mise en place de la PSD et des débats entre conseils généraux favorables à une gestion décentralisée pour en devenir les acteurs majeurs, et les organismes de sécurité sociale qui en souhaitaient également la gestion, la condition d'accès à la prestation était définie par les trois premiers GIR. La PSD ouvrait ainsi des droits différenciés pour les personnes classées dans les GIR 4, 5 et 6, vers qui le régime général de sécurité sociale orienta alors ses actions et ses interventions individualisées

⁵⁷ Ce point sera traité dans la seconde partie de ce travail.

en finançant des heures d'aides ménagères sur leur fonds d'action sociale pour ces personnes pas encore catégorisées « dépendantes », mais aux portes de la dépendance. Les « dépendants », catégorisés comme tels à la suite de l'évaluation et du traitement de la grille par un logiciel informatique algorithmique, étaient ceux « girés » en 1, 2 et 3. La réforme de l'APA a confirmé le leadership départemental au détriment d'une gestion par la sécurité sociale, et a contribué à une répartition nouvelle des usagers entre ces deux acteurs. Le GIR 4 est désormais intégré au dispositif de la dépendance. Les GIR 5 et 6 sont du ressort de l'action sociale des caisses de retraite, et les GIR 4, 3, 2 et 1 dépendent du conseil général et par suite des structures d'aides à domicile, privées ou associatives.

Ainsi, la dépendance en tant que catégorie d'action publique et principal dispositif de la politique vieillesse depuis le début du 21^{ème} siècle s'est construit tout autant par des techniques et des instruments – technique de mesure des incapacités avec la grille AGGIR – que par des finalités – orienter la prise en charge des personnes vieillissantes vers des préoccupations de santé en leur octroyant une allocation leur permettant de continuer à vivre à leur domicile le plus longtemps possible. Cette technique du pouvoir, qui va segmenter plus encore la population retraitée, mais qui va également séparer les champs de compétence entre les départements et les caisses de retraite, ouvre la possibilité de l'ouverture d'un champ nouveau : celui de la prévention, et légitime ainsi la mise en place de dispositifs de sécurité et de contrôle qui vont intervenir jusqu'à l'intérieur même des individus, en s'intéressant à certains aspects du comportement de ceux-ci, dans le but de minimiser leurs effets les plus nuisibles sur la santé et la trajectoire de vieillissement.

En effet, le processus d'entrée dans la dépendance n'est que la première étape dans la *carrière*. La grille AGGIR mesure un niveau d'incapacité des personnes et met en place, par les 6 GIR, une progressivité dans la dépendance. Les bénéficiaires de l'allocation, à la condition que se détériorent leurs capacités évaluées par la grille, peuvent voir leur degré de dépendance évoluer, et, partant, leur parcours dans la *carrière* de dépendant progresser dans les groupes iso-ressources. C'est donc bien de la politique de la dépendance qu'émerge la question de la prévention dans le vieillissement, dernière mise à l'agenda de la vieillesse comme problème public.

Conclusion

L'analyse des différentes mises à l'agenda de la vieillesse comme problème public fait apparaître la prévention comme la dernière forme de problématisation de la vieillesse, qui se construit à la suite de la segmentation du champ de la dépendance par l'outil légal d'évaluation de la dépendance : la grille AGGIR. Une *carrière* possible de vieillissement se dessine ainsi autour de la dépendance à partir du moment où la problématisation de la vieillesse sous l'angle de la santé participe d'une catégorisation de l'ensemble social des retraités, qui s'est construit depuis 1945 et la définition du problème public de la vieillesse en termes économiques et de pouvoir d'achat.

L'analyse de la construction sociale de la vieillesse, travail classique de la sociologie de la vieillesse et du vieillissement, fait de la mise en place du système de sécurité sociale et de l'instauration d'un régime général des retraites l'origine de la vieillesse contemporaine, qui devient le temps de la retraite. Jusqu'alors les « vieillards » ne formaient pas une catégorie d'action publique définie, et c'est la longue histoire des retraites qui a transformé les « vieillards » en « retraités ». Dans les différentes étapes de la politique vieillesse, qui sont fonctions des diverses problématisations de la vieillesse, la politique de prévention apparaît comme un retour vers une politique des modes de vie, telle qu'elle s'est développée à la suite du rapport Laroque.

La première forme de problématisation de la vieillesse s'est ainsi faite sous l'angle économique, l'identification du « problème social » de la vieillesse provenant de la grande masse des prolétaires vieillissants, laissés à eux-mêmes et à leur précarité économique et sociale, une fois que les forces ne sont plus suffisantes pour continuer une vie de travail. Les retraites ont permis la constitution de la catégorie des « retraités » auxquels ont progressivement développé une conception nouvelle de la vieillesse comme le temps des loisirs, de la consommation.

C'est sous l'impulsion de la politique des modes de vie, menée à partir des années 1960, que l'orientation principale de la politique de la vieillesse s'est déplacée du terrain économique vers le terrain social, et qu'un réseau d'acteurs, politiques, scientifiques, marchands ont contribué à s'intéresser aux personnes âgées en tant que « corps espèce », pour reprendre les termes de Foucault. La préoccupation est alors « l'insertion des personnes âgées dans la société », comme le préconise le rapport

Laroque, qui fixe les grandes lignes d'une politique qui, en prônant le développement de services et d'équipements pour favoriser le maintien à domicile, s'immisce dans l'intimité même des retraités, en participant d'une organisation de leur quotidien, de leur mode de vie, de leurs pratiques sociales. Cette politique ne concerne plus seulement les « économiquement faibles », mais l'ensemble des retraités, et développe, avec l'appui de divers acteurs dont les caisses de retraite, une catégorie nouvelle, qui participe d'une première segmentation de la catégorie retraité : le « troisième âge ». L'apparition du « troisième âge » et de ses préoccupations sociales ne doit cependant pas masquer le fait que les transformations des pratiques qui en résultent affectent avant tout les « *classes moyennes qui trouvent dans le troisième âge une sorte d'identité sociale et un débouché à leur besoin d'activités* » (Lenoir, 1979).

Pour la première fois dans les politiques vieillesse, la politique de la dépendance s'adresse à toutes les personnes âgées de plus de 60 ans, sans cibler particulièrement les classes moyennes, ou les classes populaires. Universelle, c'est-à-dire ouverte à toutes les personnes âgées, l'APA est une prestation cependant modulée en fonction des revenus, et du degré d'incapacité évalué. Mais en introduisant la possibilité qu'existe un nouveau champ, celui de la prévention, avec des acteurs spécialisés, une politique spécifique, la politique de la dépendance a catégorisé plus finement encore l'ensemble social des retraités. Le retour à une politique des modes de vie, avec la politique de la prévention, réintroduit l'idée d'une normalisation des comportements et des pratiques quotidiennes des personnes âgées. Les personnes non dépendantes, classées en GIR 5 et 6, ainsi que les personnes non concernées par la politique de la dépendance, font aujourd'hui l'objet d'un regain de la politique du mode de vie, autour du « bien vieillir » et orientée vers la prévention de la dépendance.

Chapitre 3

Rhétorique et argumentaire de la politique de prévention de la dépendance

Introduction

Les politiques de la vieillesse, des retraites jusqu'à la dépendance, témoignaient d'une volonté de gestion des risques liés à la vieillesse : tout d'abord le risque d'indigence, de pauvreté, par l'octroi de ressources à la fin de la carrière professionnelle (Gaullier, 1992), puis le risque de dépendance, par la création d'une allocation personnalisée destinée à payer les services d'aides et de soins à domicile. À la gestion de la dépendance se couple désormais la gestion de ce risque par une politique de prévention, témoignant au niveau des politiques publiques, « *d'une volonté de maîtrise des risques démographiques, sociaux et économiques par la prévision et par la prévention des problèmes d'une population perçue négativement comme consommatrice de soins et de services* » (Déchamp-Le Roux, 2012 : 81).

La prévention, par la promotion du « bien vieillir » semble être le nouveau paradigme (Merrien, 1993 ; 2000) des politiques vieillesse. C'est l'analyse de la construction d'un cadre idéologique, d'une représentation du monde de la vieillesse, qui primera dans ce chapitre, avant de questionner par la suite le second niveau du paradigme tel que le définit Merrien : la construction du champ de la prévention.

Le cadre idéologique de ce paradigme peut se résumer ainsi : c'est aux individus vieillissants de s'adapter aux conséquences de leur avancée en âge et d'adopter un comportement individuel et un style de vie à même de préserver leur santé. Dans ce chapitre, c'est par l'analyse du discours scientifique et politique que nous axons notre perspective culturelle sur l'action publique orientée vers la prévention du vieillissement. Reprenant l'approche féconde de Gusfield sur la culture des problèmes publics, nous séparons dans l'analyse du discours politique deux niveaux de productions du paradigme de la prévention : le forum de débats et l'arène politique décisionnelle. Là où une lecture foucaldienne en termes de dispositifs de contrôle, de sécurité et de biopolitique met en lumière une production normative à destination de l'ensemble des personnes âgées, une grille de lecture plus interactionniste reprise des travaux de Gusfield montre que la production d'une culture dominante de la prévention se construit autour d'une chaîne d'acteurs multiples qui prend la forme du couple pouvoir/savoir.

Les productions scientifiques sont ainsi pensées dans ce chapitre comme une forme de rhétorique à l'appui du monde politique. Ce dernier, concernant le bien vieillir et la prévention dans le vieillissement, reprend une certaine argumentation de la science

pour dramatiser le vieillissement comme un problème cognitif et moral. « *Il existe deux niveaux de la vie sociale : celui qui se constitue dans l'acte d'en parler et de la définir, et d'organiser notre pensée à son propos ; et celui qui se trame dans l'action sociale elle-même* » (Gusfield, 2009 : 18). C'est de ce premier temps qu'il sera question dans les pages qui suivent, en questionnant, au regard des deux traditions – social et santé publique – de la prévention dans le vieillissement qui seront étudiées en première partie, l'orientation actuelle de ce phénomène vers les questions de santé.

I. La prévention dans les politiques de la vieillesse

La vieillesse, devenue depuis la mise en place et la généralisation du système des retraites la dernière période de la vie des individus, a été envisagée, au fil du temps, comme un problème politique, économique, puis social, et enfin, depuis les années 1990 et l'institutionnalisation de la dépendance comme catégorie d'action publique, un problème médical. De catégorisation en catégorisation, la ligne de partage entre les retraités actifs, en bonne santé, et les personnes âgées dépendantes de soins et d'aides dans leur vie quotidienne s'est renforcée par la construction de *carrières* possibles de vieillissement. Le chapitre précédent a laissé une large place à l'idée qu'autour de la dépendance s'aménage une *carrière* spécifique, qui rend possible l'ouverture d'un champ de la prévention de la dépendance, avec des acteurs qui agissent en amont, avant qu'une situation ne se dégrade et entraîne vers la dépendance. Avant de placer l'analyse sur le mouvement de construction de la prévention dans le vieillissement en un nouveau paradigme (Merrien, 1993) de l'action publique, il est nécessaire de revenir aux origines et aux textes pionniers de la politique vieillesse.

En reprenant l'analyse d'Hélène Thomas sur le mouvement d'institutionnalisation de la dépendance dans les années 1990⁵⁸, nous développons l'hypothèse que la prévention dans le vieillissement repose sur deux fondements : une prévention sociale tout d'abord, issue du texte pionnier de la politique vieillesse, le rapport Laroque, et de ses héritiers. La prévention contemporaine dans le vieillissement

⁵⁸ Hélène Thomas (2005) montre comment la catégorie de la dépendance, institutionnalisée à la fin du siècle dernier, repose sur deux types de dispositifs d'assistance distincts : l'*hospicialisation* et l'*hospitalisation*. Le premier « désigne le dispositif ancien combinant assistance et contrôle social total des vieillards indigents dans leur vie quotidienne, à leur domicile ou en établissement » et caractérise le fondement social de la prise en charge de la dépendance, qui s'articule au dispositif d'*hospitalisation*, qui est fondé sur la pathologisation et la médicalisation du vieillissement et soulève l'aspect sanitaire.

trouve également sa filiation dans la prévention sanitaire de l'hygiénisme du 18^{ème} siècle⁵⁹ et a aujourd'hui pour objectif prioritaire d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité.

I.1. La prévention dans le rapport Laroque et ses héritiers

I.1.1. L'aspect préventif dans la politique sociale

Bien que le rapport Laroque ne se définisse pas explicitement comme une contribution à une politique de prévention, mais à une politique générale de la vieillesse, il est possible d'extraire du rapport des axes directeurs qui reflètent à la fois une époque, les 30 glorieuses, où tout est à faire au niveau social pour les personnes âgées et un état d'esprit qui, au travers d'une volonté d'intégration de toutes les personnes âgées à la société et de luttes contre toutes formes de ségrégation, inscrivent les préconisations dans une prévention sociale.

Publié sous le titre « Politique de la vieillesse », le rapport Laroque n'était pourtant pas un document politique (Paillat, 1997). Il servait à guider les réflexions et les actions gouvernementales, à proposer des pistes de solution et surtout à donner une audience publique au problème posé par le vieillissement de la population : intégrer les personnes âgées dans la société, « *rechercher quelle place doit être faite aux personnes âgées dans la société française* » (rapport Laroque, 1962 : 4). Si la vieillesse ne fait alors pas l'objet d'une politique publique spécifique autre que celle des retraites, la prévention ne peut pas être l'objet d'une politique publique en tant que telle. Cependant, les propositions qui découlent de l'objectif affiché d'intégration des personnes âgées sont élaborées dans le but de combattre les effets négatifs du vieillissement qui impactent sur l'inscription pleine et entière des citoyens âgés dans la société.

L'idée de prévention dirigée vers les problèmes du vieillissement est centrale dans la nécessité, affichée par les rapporteurs, de préserver le maintien à domicile des personnes âgées « *par une stratégie globale préventive qui est substituée à une action sociale qui s'exerçait à la marge des politiques de retraite en opérant des prises en charge individuelles, partielles et curatives* » (Guillemard, 1983). Cette conception de la prévention s'incarne ainsi dans une période, les 30 glorieuses, lors de laquelle la transformation de la problématisation de la vieillesse demande d'organiser le temps

⁵⁹ Cf. chapitre 1 partie I.1.

social de la retraite : la politique des retraites installe progressivement les retraités dans un confort économique et matériel, mais ne se préoccupe pas de l'aménagement de ce nouveau temps de la vie. Au niveau social, tout est à faire pour cette nouvelle population, qui dispose de temps libre et d'une pension, mais qui finit trop souvent sa vie dans des institutions obsolètes, ou dans un domicile inadapté aux spécificités de l'avancée en âge.

Deux facteurs concernent particulièrement la visée préventive contenue dans le rapport Laroque : la demande d'adaptation de la société aux problèmes soulevés par le vieillissement et l'important effort en matière d'action sociale demandée par la Commission d'Étude.

En premier point, la politique défendue dans le rapport prend éminemment en compte l'environnement des vieillards et demande ainsi une adaptation de la société au vieillissement : *« L'étude des problèmes de la vieillesse ne peut être abordée qu'en tenant compte, non seulement du caractère différentiel du vieillissement, mais aussi de données sociologiques variées et en constante évolution. [...] Plus encore, dans la vie sociale, la rupture du vieillard avec son environnement habituel, le changement de résidence et de logement, l'éloignement de ses relations constituent autant de facteurs d'aggravation du vieillissement. Compte tenu de ces deux facteurs essentiels, le problème de la vieillesse est dominé par la nécessité de concilier, d'une part, l'adaptation du milieu et des conditions d'existence à l'état physique et psychique des personnes âgées, d'autre part, leur maintien dans la société, en excluant toute ségrégation »* (Rapport Laroque, 1962 : 5). L'hétérogénéité de la population âgée n'est pas incompatible avec une approche globale des solutions à apporter, approche qui vise tout autant l'intégration sociale que la prévention des facteurs d'aggravation du vieillissement. Ces facteurs sont essentiellement sociaux et relatifs au quotidien des personnes, le logement, les relations sociales, l'occupation du temps, etc. Ce que recommandent les rapporteurs, c'est de concentrer les actions sur l'adaptation de la société et des politiques publiques aux spécificités nouvelles de la vieillesse : c'est à la société à s'adapter et non les personnes âgées qui doivent s'adapter à leur avancée en âge, sans action sur leur environnement : *« La politique de la vieillesse doit tendre à une adaptation sans ségrégation. Elle n'est et ne peut être qu'un aspect d'une politique plus large, tendant à assurer un aménagement harmonieux de l'ensemble de la société, en*

vue de permettre à chacun d'occuper, à tout moment, la place qui lui assure l'épanouissement le plus complet de sa personnalité » (Rapport Laroque, 1962 : 9).

La politique de la vieillesse, qui prône le maintien à domicile des personnes vieillissantes ou à défaut un logement individuel dans des structures d'hébergement, doit être soutenue par une action sociale forte et à même de proposer une gamme de services aux personnes âgées : *« le maintien, à tous égards souhaitable, des personnes âgées dans un logement individuel doit nécessairement s'accompagner d'un important effort d'action sociale pour assurer à ces personnes des conditions matérielles et morales d'existence satisfaisantes : l'effort le plus important à cet égard doit porter sur l'aide-ménagère à domicile »* (Rapport Laroque, 1962 : 271). C'est l'action sociale à domicile qui apporte le témoignage d'un souci préventif dès l'origine de la politique de la vieillesse, et c'est ce même secteur de l'aide à domicile - qui a connu depuis près de 50 ans un essor quantitatif et qualitatif le plus important, avec la formation des intervenant(e)s au domicile -, qui en est au centre. Développer l'action sociale avec l'aide-ménagère en tête de proue, c'est inventer de nouvelles formes de vie sociale en améliorant et en construisant des logements, en proposant des services aux personnes âgées (aide à domicile, services d'ordre social et culturel destinés à lutter contre l'isolement : organisation des loisirs, vacances, services de bibliothèques, etc.). En ce sens, les propositions de la Commission d'Étude se situent selon nous pleinement dans une prévention sociale, telle que nous l'avons définie dans le chapitre 1, car elles sont des éléments de construction du lien social. L'esprit du rapport Laroque, que l'on retrouve également dans les propositions de campagnes d'éducation et d'information sur la vieillesse (p. 244) orientées non pas vers les seules personnes âgées, mais vers l'ensemble de la société pour changer l'image de la vieillesse dans la société, est de penser la société comme un espace de socialisation.

Les premiers pas de la politique vieillesse sont ainsi très ambitieux : c'est à la société d'intégrer l'ensemble de ses membres, et parmi eux les retraités et personnes âgées. Tout est à penser, tout est à construire en matière d'environnement social, car si la généralisation des retraites a été un formidable progrès social, elle a ouvert un chantier plus important encore : le niveau de vie des retraités se rapproche dans les années 1960 de celui des actifs, mais les conditions de vie des retraités doivent être améliorées, afin de ne pas « aggraver le vieillissement », pour reprendre les termes du rapport. C'est dans une visée préventive que ce dernier s'attaque à ces conditions de vie,

mêlant politique du logement, politique de construction de structures collectives et politique d'action sociale qui ont pour vocation à produire des effets sur le milieu de vie des retraités, sur leur environnement social immédiat.

Si l'aide-ménagère est l'action qui symbolise le mieux les apports de la Commission d'Étude, les nombreuses autres propositions ne seront que partiellement, et tardivement, suivies d'effets. Ce sont deux groupes de travail, héritiers de la Commission de 1962 (Paillat, 1997 : 25), et une circulaire de 1982 du tout nouveau secrétariat d'État aux personnes âgées, qui ont œuvré à la réalisation des actions au fondement de la politique de la vieillesse, et chez qui l'on retrouve cette « marque » de la prévention sociale déjà présente dans le rapport Laroque.

I.1.2. La prévention sociale chez les héritiers de la Commission d'Étude

Le rapport Laroque n'a pas posé seul les fondements d'une politique de la vieillesse. Deux héritiers inscrivent leurs analyses et leurs propositions dans la perspective dessinée en 1962 : l'intergroupe chargé des problèmes relatifs aux personnes âgées lors de la préparation du VI^{ème} plan (1971-1975), présidé par Nicole Questiaux, et le groupe « Prospectives personnes âgées », créé en 1979 pour la préparation du VIII^{ème} plan et présidé par Robert Lion⁶⁰.

On retrouve en effet dans les deux rapports, publiés en 1971 et 1980, les mêmes constats et la même orientation sociale face aux problèmes de la vieillesse et du vieillissement : constats d'inégalités sociales devant la vie à la retraite, plus marquées encore dans le rapport Lion ; condamnation de toutes ségrégations envers les personnes âgées et nécessité d'adapter l'environnement social aux difficultés naissantes avec l'avancée en âge ; importance du maintien à domicile et d'établissement de principes pour une politique du logement.

⁶⁰ La composition des commissions et groupes qui ont produit les documents publics que sont le rapport Laroque, le rapport Questiaux et le rapport Lion mérite d'être exposée en préambule pour en comprendre les lignes directrices, les idées-forces et leur fluctuation. Représentée par le professeur Bourlière, la médecine avait une bonne place dans la Commission d'Études de 1962, mais c'est la variété des compétences et des points de vue qui caractérise sa composition : la statistique est bien représentée, tout comme la géographie et la démographie. Sans tomber dans le quantitativisme, ces disciplines ont permis de faire le point sur la situation des retraités, exposée dans les 150 premières pages de ce rapport de la haute fonction publique. Ce penchant technocratique de la production ne sera pas reproché au rapport Questiaux. Bien que dominé par la haute fonction publique, l'Intergroupe s'est ouvert aux organismes de retraite et aux syndicalistes, qui ont été pour la première fois représentés dans un rapport public traité de la vieillesse. Cela ne sera plus le cas dans le groupe de 1980, composé dans sa très large majorité de hauts fonctionnaires et de médecins, ce qui témoigne de la montée en puissance de la problématique de la dépendance (Paillat, 1997 : 36-37).

Le rapport Questiaux de 1971 souligne que « *l'amélioration des connaissances statistiques est l'une des priorités de la politique de la vieillesse* ». Dans le même mouvement que celui de la prévention routière s'organise une production statistique de savoirs sur la vieillesse, nécessaire à la formulation de propositions pour améliorer le sort des personnes âgées. C'est la richesse principale de ce rapport : l'abondance de la documentation statistique présentée et la demande exprimée de poursuivre ce travail statistique d'information relatif au vieillissement et à la vieillesse (Paillat, 1997 : 33). En effet, l'intergroupe déplore l'insuffisance des connaissances sur les besoins des personnes âgées, connaissances qui doivent servir d'appui pour développer des actions de prévention : « *Aucune étude spécifique ne paraît avoir été conduite en ce qui concerne les besoins des personnes âgées et les conditions dans lesquelles l'avance en âge influe sur ceux-ci* » (Rapport Questiaux, 1971).

Les travaux des deux groupes conduiront à développer des axes de réflexion de type « sociétal », c'est-à-dire qui se rapportent aux divers aspects de la vie sociale des individus. Le rapport Lion, dans une « pédagogie du vieillissement », émet des propositions relatives à l'organisation de la vie des populations vieillissantes. C'est la poursuite d'une politique du mode de vie, dans laquelle l'organisation sociale du quotidien, les objectifs de maintien à domicile et d'insertion sociale demandent une poursuite de l'adaptation de l'environnement et une coordination des services d'aide à domicile déjà amorcée dans le rapport Questiaux.

Cette orientation sociale de la politique de la vieillesse trouvera son application dans la circulaire Franceschi de 1982, relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées. Chargée de diffuser aux préfets de région les décisions prises dans le tout nouveau secrétariat d'État chargé des personnes âgées, créé pour la première fois en 1981 et rattaché au ministère de la solidarité nationale, la circulaire Franceschi détaille les mêmes objectifs sociaux à la base de la « *détermination politique : une plus grande justice sociale, une lutte constante pour réduire les inégalités* ». Le dispositif politique comporte trois volets : la création du Comité National des Retraités et Personnes âgées (CNRPA), qui est l'organe de représentation et de participation des retraités aux décisions qui les concernent ; un volet sur la vie sociale et l'hébergement et une partie consacrée aux services.

Allant jusque dans les plus précis des détails de la vie des retraités, en aménageant par exemple la fréquence des bancs publics sur les trajets concernant les personnes âgées, la circulaire établit une politique du logement et de services qui prend en compte l'évolution de la structure de la population âgée. Puisqu'il n'y a « *pas de maintien à domicile sans domicile décent* », la rénovation et l'adaptation du domicile et des établissements doivent assurer « *la sécurité affective et psychologique des personnes et éviter des hospitalisations non indispensables* ». Mais surtout une politique de prévention est nécessaire face à l'accroissement de la population dépendante « *d'ici la fin du siècle* » (p. 5368 du Journal Officiel du 8 juin 1982).

L'esprit de la circulaire est cependant de ne pas séparer population autonome et dépendante, au risque de stigmatiser et d'exclure cette dernière. À la page 5366, il est écrit : « *Que la personne soit autonome ou dépendante, le respect de sa place dans la vie de la cité rend indispensable de ne pas la couper du tissu social* ». La place des services dans le maintien du lien social est alors prépondérante. La priorité des services d'aides (ménagère pour les personnes autonomes) et de soins (pour les personnes dépendantes) porte sur « *la prévention : une gamme diversifiée de services permet de retarder l'apparition de la perte d'autonomie et de la compenser* » (Circulaire Franceschi, 1982 : 5368). C'est donc bien dans un souci de prévention sociale que les services doivent élaborer leurs actions : une palette variée de services permet de maintenir les contacts sociaux et d'éviter l'apparition d'handicaps sociaux.

L'aide-ménagère a une place centrale dans cette prévention sociale. La circulaire, en plus de promulguer des aides sociales d'allocation logement et d'aide personnalisée au logement afin de sécuriser les plus économiquement faibles, supprime une grande partie des contraintes financières qui pesaient sur les bénéficiaires des aides et place le travail d'aide-ménagère dans le travail social : « *l'aide-ménagère n'est pas une femme de ménage. Son travail ne se limite pas aux tâches domestiques ; elle exerce une profession à vocation sociale* ». Cette vocation sociale est également présente dans les services de soins infirmiers à domicile qui n'ont pas qu'une vocation médicale : leur présence permet de prévenir les ruptures avec le milieu de vie, « *les services de soins infirmiers à domicile ont pour vocation essentielle de prendre en charge la dépendance des personnes, de retarder ou prévenir l'hospitalisation, qui marque bien souvent une rupture irréversible avec le milieu de vie habituel* ».

Ainsi la circulaire Franceschi consacre l'orientation sociale de la politique vieillisse préconisée depuis le rapport Laroque et relayée par les rapports Questiaux et Lion. Tout ce qui est pensé et mis en place l'est au prisme de l'amélioration de l'environnement de la personne, de la réduction des inégalités sociales et de la prévention de situations pouvant introduire une rupture avec le milieu de vie. Sans être institutionnalisée en une politique spécifique, la prévention dans le vieillissement trouve une partie de ses fondements dans l'approche sociale développée par le rapport Laroque, référence majeure de cette politique, et des successeurs. Mais la prévention a aussi ses origines dans le long mouvement socio-historique d'établissement de la santé publique que nous avons déjà étudié dans le chapitre 1. Ce qui constitue le second terreau sur lequel va vivre la prévention contemporaine en matière de vieillissement aujourd'hui comme objectif de mettre en place une politique et des actions à même d'améliorer l'espérance de vie sans incapacité, objectif que l'on retrouve dans le Plan National Bien Vieillir⁶¹, plan gouvernemental qui tient une place centrale dans l'élaboration d'une politique de prévention dans le champ gérontologique.

I.2. Santé publique et prévention contemporaine

I.2.1. L'espérance de vie sans incapacité : le dernier objectif de la santé publique

« Les gains d'espérance de vie à la naissance sont irréguliers, mais continus : ils ont été de près de 2,5 années en dix ans. Ce gain d'espérance de vie s'est accompagné d'un raccourcissement de la durée de la période d'incapacité. Au 1^{er} janvier 2006, la France compte 20,7 % de personnes âgées de plus de 60 ans. Les personnes entre 55 et 75 ans sont environ 10 millions. La santé physique des personnes de plus de 60 ans s'est améliorée. Cet accroissement de la durée de vie aux âges élevés pose la question majeure de la « qualité » des années de vie ainsi gagnées.

*Entre 50 et 70 ans, il est possible pour cette population autour de l'âge de la retraite d'organiser une prévention ciblée et une vie active et adaptée pour maintenir au plus haut niveau ses performances et ainsi prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou d'incapacités. La France se place aujourd'hui dans le peloton de tête des pays à faible **mortalité** aux âges élevés, avec le Japon, l'Australie et la Suisse : l'augmentation spectaculaire du nombre de centenaires en France, de 200 en 1950 à 6 000 aujourd'hui et 150 000 prévus en 2050, illustre **le vieillissement de la population**.*

⁶¹ Le Plan National Bien Vieillir sera par la suite mentionné par son abréviation : PNBV.

La prévention des maladies liées à l'âge et la prévention du handicap entraîné par les maladies chroniques reposent sur des données scientifiques de plus en plus nombreuses. Il est possible actuellement de limiter cette dépendance ou de la retarder par des actions de prévention et d'éducation à la santé afin d'améliorer l'espérance de vie sans incapacités » (Plan National Bien Vieillir, 2007 : 3)⁶².

Cette partie préliminaire du plan est significative des buts contemporains de la santé publique. Les termes employés pour justifier de la nécessité de la prévention dans le vieillissement sont les indicateurs de santé qui renseignent sur l'état de santé d'une population. On passe ainsi de l'espérance de vie à la naissance, qui est un indicateur démographique renseignant le nombre moyen d'années à vivre à partir de la naissance, à l'objectif d'améliorer l'espérance de vie sans incapacité qui est l'objectif premier de la santé publique (Danet, 2012).

Le premier indicateur, l'espérance de vie à la naissance, témoigne de l'évolution du vieillissement de la population. Mais ces données ne sont désormais plus suffisantes et ont rendu nécessaire l'élaboration d'un indicateur qualitatif permettant de rendre compte des capacités fonctionnelles, ou leur invalidité, afin de ne plus faire de l'âge le déterminant essentiel de l'état de santé d'un individu (Robine et Colvez, 1984 : 28). Les indicateurs « classiques », tels que la pyramide des âges ou l'espérance de vie à la naissance, ou encore le taux de mortalité, soit général, soit spécifique⁶³, bien qu'ils permettent de faire des constats sur l'état de santé d'une population ou de certains groupes de celle-ci, ne donnaient que peu d'indications précises sur ce qui devait être planifié au niveau des politiques et des services de santé. La hausse de l'espérance de vie s'est transformée en nécessité d'améliorer les conditions d'une vie en moyenne de plus en plus longue.

De telles évolutions ont conduit à « *comprendre si ces années de vie gagnées le sont en bonne santé ou sont des années de vie à vivre avec des maladies, un handicap ou en situation de dépendance, est devenu un enjeu décisif de santé publique pour planifier les besoins en matière de soins et d'assistance* » (Sieurin, Cambois et Robine,

⁶² Les éléments surlignés en gras l'ont été par l'auteur.

⁶³ Le taux de mortalité générale représente le rapport entre le nombre de décès pendant l'année et la population totale au milieu de l'année. Cet indice s'obtient suite au recensement des décès. Les taux de mortalité spécifiques sont calculés sur certaines causes de mortalité, comme la mortalité par cancer, ou sur certains groupes de population, comme la mortalité infantile ou la mortalité par sexe, âge ou catégories socio-professionnelles (Michel, Jouglu, Hatton et Chérié, 1995 : 5)

2011 : 1). Afin de répondre à cet enjeu, des indicateurs, les espérances de vie en santé (EVS), ont été constitués pour décrire l'évolution de l'état de santé des populations vieillissantes. Aujourd'hui, la grande majorité des pays développés produit ces indicateurs, notamment l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), qui est également inscrite depuis 2003 dans la liste des indicateurs de l'Union Européenne (Healthy Life Years ou HLY). Le projet EHLEIS « d'action européenne conjointe sur les années de vie en bonne santé », coordonné par l'INSERM⁶⁴, les États membres et la commission européenne traduit la volonté commune aux États membres de faire de l'espérance de vie sans incapacité le cheval de bataille de la santé publique. L'Union Européenne s'est notamment donnée comme objectif d'augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé de deux ans d'ici 2020.

L'EVSI, issu des recherches en gériatrie (Sullivan, 1971) entre dans la même logique que ce qui permet d'évaluer la dépendance en France : des mesures de santé fonctionnelle, ou incapacités, qui permettent d'apprécier les difficultés de fonctionnement engendrées par une santé altérée. L'EVSI se centre sur les conséquences des maladies, c'est-à-dire sur la capacité ou l'incapacité des individus à vivre normalement, à effectuer les activités de la vie quotidienne. On retrouve ici les termes utilisés pour qualifier la dépendance. L'espérance de vie sans incapacité sert ainsi tout autant à décrire l'évolution de l'état de santé des populations qu'à anticiper la proportion probable de personnes âgées faisant face au risque d'intégrer la catégorie de la dépendance. Le tableau 1 donne une vision d'ensemble des différentes courbes d'espérance de vie et leurs évolutions en France entre 2005 et 2011. On peut remarquer que si l'espérance de vie à 60 ans augmente constamment chez les hommes comme chez les femmes, la courbe de l'espérance de vie sans limitation fonctionnelle, ou EVSI, est moins tendanciellement positive, et n'augmente que très peu chez les hommes alors que sur la période considérée, elle reste stable chez les femmes.

⁶⁴ L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) est un établissement public à caractère scientifique et technologique français, spécialisé dans la recherche médicale. Créé en 1964 par le ministre de la santé de l'époque Raymond Marcellin, il est placé sous la double tutelle du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et du ministère de la Santé. Source : www.inserm.fr, site consulté le 9 janvier 2014.

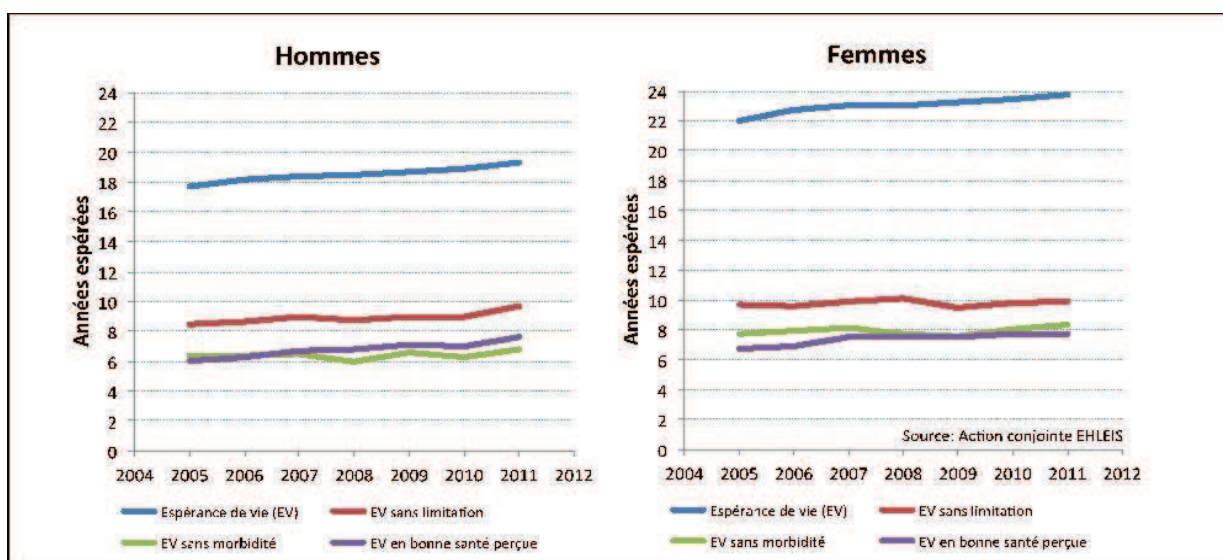


Figure 1 : Évolution des différentes courbes d'espérance de vie, par sexe, entre 2005 et 2011 en France. Source : INSERM, 2013.

Ainsi, la prévention dans le vieillissement s'articule à deux « terreaux », avec d'une part la tradition de prévention sociale présente depuis les premiers pierres d'une politique de la vieillesse posées Pierre Laroque et ses confrères de la haute fonction publique, et une prévention en matière de santé, qui est originellement le secteur premier d'apparition de la prévention. C'est pour répondre au double objectif d'améliorer l'état de santé aux âges élevés et de limiter la dépendance ou de la retarder que la politique gérontologique fait de la prévention une politique spécifique, depuis le Plan National Bien Vieillir de 2007. Mais si la prévention a deux traditions, il faut désormais déterminer quelle orientation principale prend la prévention dans le vieillissement telle qu'elle se déploie à travers le PNBV.

II. La politique de prévention du vieillissement

La notion de prévention est présente depuis les premiers textes établissant les principes d'une politique vieillesse. On a vu qu'elle prenait alors la forme d'une prévention sociale, que l'on peut définir dans le cas de la politique vieillesse comme un modèle de prévention qui vise à modifier des situations pouvant générer des problèmes dans la vie quotidienne des personnes âgées. La prévention sociale consiste alors à mener des actions sur l'environnement social des individus afin de réduire les inégalités sociales face à la vieillesse et de retarder l'apparition d'incapacités.

À cette tradition sociale de la prévention dans le vieillissement s'ajoute un volet de prévention sanitaire, la santé étant le champ premier d'apparition de pratiques préventives. Or, la politique de la dépendance, comme l'a montré le chapitre précédent, a rendu possible la réapparition des questions préventives dans le vieillissement. En 2007, le ministère de la Santé et des Solidarités, le ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille ainsi que le ministère de la Jeunesse et des Sports ont élaboré un plan national, intitulé « Plan National Bien Vieillir ». Ce plan, qui sert de base à l'élaboration d'une politique de prévention du vieillissement, est considéré par le président du plan, gériatre et médecin de santé publique « *comme un plan de santé publique de prévention en gérontologie ayant pour objectif de créer une dynamique préventive destinée aux seniors* » (Aquino, 2008 : 39). Est-ce à dire que la prévention dans le vieillissement est désormais articulée du côté santé, délaissant la tradition sociale qui existait dans les politiques vieillesse ? C'est ce que nous nous attachons à étudier, en considérant la prévention non plus comme une notion de la politique vieillesse, mais comme un véritable paradigme.

Forgé notamment par Merrien (1993 ; 2000), le paradigme renvoie en sociologie des politiques publiques, à « *des constructions sociales du monde à fortes connotations éthiques, idéologiques, religieuses, économiques et politiques. La notion de paradigme vise à signifier que les divergences entre acteurs des politiques publiques ne portent pas seulement sur la meilleure manière d'agir, sur les priorités, etc., mais portent plus largement sur les faits eux-mêmes. Les faits ne sont jamais appréciés qu'à l'intérieur d'un processus cognitif dominé par la prééminence d'un paradigme... De ce point de vue, les politiques publiques sont étroitement liées à la construction sociale de la réalité et plus particulièrement à des processus de catégorisations sociales* » (Merrien, 1993 : 95).

Le paradigme, ce n'est pas seulement l'idée que des acteurs des politiques publiques construisent un cadre idéologique autour d'un problème social, c'est l'idée qu'il y en a derrière la politique publique une organisation qui se met en place, avec des acteurs, des opérateurs, qui se développent et qui développent des actions spécifiques. Le paradigme suppose l'ouverture d'un champ : « *Sur des points précis, des réseaux ou des communautés de politique rassemblent autour d'intérêts convergents, des acteurs étatiques et non étatiques pour construire des représentations partagées tant des problèmes à résoudre que des moyens pour y parvenir* » (Merrien, 2000). Il faudrait

donc s'attacher, dans l'analyse d'un paradigme, aux réseaux sociaux qui valident, dans des actes concrets, au plus près des populations ciblées, les paradigmes dominants. C'est la construction du champ de la prévention de la dépendance qui sera traité dans le chapitre suivant, mais il est auparavant nécessaire de questionner en quoi et par quels processus le paradigme de la prévention fait l'objet depuis une décennie d'une politique publique spécifique.

L'hypothèse est la suivante : le PNBV est l'initiateur d'une inflexion de la prévention dans le vieillissement vers des préoccupations essentiellement sanitaires. Le PNBV est alors le condensé de trois niveaux de productions : un forum de débats sur la prévention alimenté par de multiples rapports, le niveau des arènes politiques qui vont donner lieu à des lois et des plans, et un argumentaire et une rhétorique scientifique. Tous ces niveaux participent à la construction de la réalité sociale de la prévention dans le vieillissement, car ils ont été le terreau fertile d'un récit sur la prévention et d'arguments sur la nécessité de prendre en charge sa propre santé et son avancée en âge.

II.1. Le PNBV : forum de débats et arènes politiques

II.1.1. La charte d'Ottawa au prisme de la sociologie de la traduction

Les politiques de la santé publique en France ont été partiellement influencées par un texte pionnier qui a posé les jalons d'un « *nouveau mouvement de santé publique dans le monde* » (Poirier, 2012 : 5). Il s'agit de la charte d'Ottawa issue des travaux de la première conférence internationale pour la promotion de la santé organisée par l'OMS en 1986. Si elles n'ont été que « partiellement » influencées, c'est, car la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, des conditions économiques et sociales de vie des individus, et des inégalités sociales de santé, au centre de la charte, n'apparaissent que très peu dans le discours sur la prévention en France.

L'enjeu principal de la promotion de la santé est de donner les moyens aux individus d'exercer un contrôle sur leur propre santé. La promotion de la santé doit permettre d'aider les individus dans cet objectif de maîtrise individuelle de leur santé : « *La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu ou le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son*

milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques ». La définition de la santé est celle inscrite dans le préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, et date de 1946. Le mérite d'une telle définition est d'attirer l'attention sur la positivité de la santé : celle-ci est irréductible à l'absence de maladies.

Si elle a été critiquée pour être utopique, voire même impossible à opérationnaliser (Rauch, 1995), c'est cette définition de la santé qui rend possible l'esprit et le contenu de la charte d'Ottawa. La santé comme « état de complet bien-être » demande l'action des individus sur leur propre santé, afin de tendre vers ce bien-être, et pas seulement pour éviter les maladies. Mais – et c'est le point central de la charte d'Ottawa- la responsabilité vis-à-vis de la santé et d'un plus grand contrôle sur celle-ci n'est pas imputable aux seuls individus : changer les comportements individuels, c'est aussi agir sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être. C'est la responsabilité politique qui est invoquée dans le paragraphe sur les « conditions préalables à la santé » : les conditions économiques et sociales influent sur la vie des individus et doivent donc être améliorées par la « promotion et l'élaboration de politiques publiques saines ». La version française prend une position plus souple face au document original, ce qui ne veut pas dire que la traduction française du mot « healthy » écrit dans la version originale de la charte est « trompeuse », comme l'ont postulé certains médecins (Deschamps, 2003 : 316). Là où la charte d'Ottawa dit clairement que tous les secteurs des politiques publiques sont concernés, et pas le seul secteur sanitaire, et qu'ainsi la politique de santé publique doit être intersectorielle et interministérielle -« *la promotion de la santé va au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables, des divers acteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard* »-, la France a infléchi sa position et parle pour sa part, dans la réinterprétation politique de la version anglaise de la charte, de politiques de santé, et non pas de politiques pour la santé. L'approche de la charte d'Ottawa prend le problème de façon globale, alors que l'interprétation française prend le parti de cantonner les questions de santé au seul domaine sanitaire.

En ce sens, c'est une opération de traduction (Callon, 2003) qui s'est opérée. Héritée de la philosophie des sciences qui utilise cette notion pour décrire le processus qui amène un scientifique à passer d'énoncés théoriques généraux sur le monde – Michel Callon, dans son article de 2003 « Science et société : les trois traductions », donne l'exemple de l'énoncé théorique « *tout électron placé dans un champ électrique est soumis à une force proportionnelle à sa charge* » - à des énoncés liés à des expériences particulières, la notion de traduction prend dans le cas de la charte d'Ottawa tout son sens. La charte de l'OMS se veut universelle, c'est-à-dire expose des principes généraux sur la santé, applicables à tous les pays. La France traduit ses principes en fonction de sa propre expérience et de sa propre histoire en matière de santé publique. Le professeur Lucien Abenham, alors directeur général de la santé⁶⁵, rappelle que « *pour des raisons historiques, sociologiques et politiques, la France est longtemps restée à l'écart du grand mouvement de santé publique* » (Abenham, 2010 : 7), s'étant elle-même marginalisée par les succès thérapeutiques et les progrès biologiques, tout comme par l'amélioration des conditions de vie associée à la croissance économique. La traduction politique de la charte d'Ottawa se comprend ainsi à l'aune des transformations et interprétations qu'elle opère, et qui vont dans le sens de rapports situés à la santé publique. La version française de la charte traduit les énoncés généraux en énoncés particuliers applicables au périmètre de la société française.

Des éléments de différenciation entre la version française et la version originale se retrouvent également dans le paragraphe suivant de la charte. Dans une traduction littérale et néologique du texte anglais original, il est demandé de « *créer des environnements supportifs* », c'est-à-dire des environnements qui permettent aux personnes et aux groupes sociaux de changer leurs comportements en les « portant », littéralement⁶⁶. La version française parle pour sa part de « milieux favorables ». Dans le même ordre d'idées que celles développées dans le rapport Laroque, la charte d'Ottawa préconise de faire en sorte que les conditions de vie, l'environnement des personnes doivent supporter le changement des comportements et des pratiques de santé. L'environnement social doit permettre aux individus de « prendre appui », de s'appuyer sur celui-ci. L'opération de traduction fait des conditions de vie et de l'environnement des personnes des facteurs qui doivent *favoriser* les comportements

⁶⁵ La Direction générale de la santé est une direction générale du ministère de la Santé. C'est un organe chargé de préparer la politique de santé publique en France.

⁶⁶ La traduction est celle de l'auteur. La charte d'Ottawa stipule « *create supportive environments* ».

sains. Dans cette décennie 1980 où la grande majorité des attentes sociales du rapport Laroque n'ont pas été réalisés, en termes d'amélioration des milieux de vie, la traduction française semble vouloir s'écarter de ces objectifs.

Cette charte d'Ottawa a impulsé un mouvement général en faveur d'une responsabilité individuelle et collective face à la santé par la promotion d'actions sur les déterminants sociaux afin de changer les comportements individuels, mais chaque pays en a fait sa traduction propre, spécifique. En effet, le terme de « promotion de la santé », considéré au début des années 90 par un haut responsable de l'assurance maladie comme un « concept subversif » (Deschamps, 2003 : 313) n'a pas fait l'objet en France d'un intérêt majeur, à la différence d'autres pays. Il suffit pour s'en convaincre de feuilleter l'ouvrage publié en 2012 par le REFIPS, réseau francophone international pour la promotion de la santé, *25 ans d'histoire : les retombées de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*. Aucun des articles ne concerne la France. À l'inverse, au Québec, en Belgique ou en Suisse, les actions de promotion de la santé se sont développées à la suite de la charte d'Ottawa (Dupuis et Seck, 2012 : 18).

L'OMS est une organisation gouvernementale, et ainsi, quand elle s'exprime et publie une charte, ce sont les gouvernements qui se font des recommandations à eux-mêmes (Deschamps, 2003 : 315). L'OMS est en effet une institution spécialisée de l'ONU pour la santé publique, elle est ainsi dirigée par les États membres qui siègent à l'Assemblée mondiale de la santé, et qui décident des grandes orientations politiques. En ce sens en tant que charte, elle édicte des grandes orientations et des principes, mais n'a pas force de loi. La France en a ainsi fait sa propre traduction politique, en orientant moins le discours sur les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux de la santé que sur la responsabilisation individuelle et la problématique des modes de vie. Ce constat se retrouve dans les débats en santé publique et dans le discours politique sur la prévention.

II.1.2. Le forum de débats : la production d'idées et d'un discours dominant

Le PNBV et son contenu renseignent sur deux éléments de compréhension du développement de la politique préventive sanitaire en France depuis le début des années 2000 : d'un côté, elle se comprend dans un double mouvement concomitant, où les nombreux rapports de santé publique argumentent en faveur d'une responsabilisation de

l'individu face à sa santé, pendant que les différents textes de lois et plans gouvernementaux tentent d'organiser le dispositif institutionnel de prévention (Cassou, 2008).

Ce sont dans un premier temps les divers rapports qui sont analysés, en tant que producteurs d'idées et d'un discours sur la prévention centré sur les questions sanitaires. On peut citer parmi ces rapports deux rapports publiés en 2003 qui traitent de la prévention en matière de santé. C'est notamment ce titre, *La prévention en matière de santé*, qui est donné au Rapport Robert du Conseil Economique et Social⁶⁷.

Le rapporteur fait un constat sévère de la politique de prévention en France, rappelant « *la longue absence d'une politique globale de prévention en matière de santé* » (p. 7) du fait de la prédominance de la vision curative de la santé. Ce rapport rappelle finalement aux décideurs que les préconisations de la charte d'Ottawa, qui étaient de prendre en compte l'environnement de la personne pour l'améliorer et réduire les inégalités sociales de santé, et de faire une politique « véritablement interministérielle » (p. 17) n'ont pas été suivies d'effets en France. Constat est fait que « *notre société s'intéresse plus à la médecine qu'à la santé. La préoccupation majeure est davantage d'assurer un accès aux soins le plus largement ouvert que de favoriser une culture de la prévention* » (p. 6). Le rapport préconise de responsabiliser tous les acteurs concernés (p. 110).

L'État tout d'abord, qui doit en premier lieu, d'après le rapport, définir « *des principes directeurs et des grands objectifs d'une politique de prévention* », clarifier les compétences des autres acteurs, notamment l'assurance maladie, les collectivités territoriales et les citoyens (p. 15). À ce titre, le rapport amorce un mouvement en faveur des régions : « *faire de la région un nouvel acteur de la prévention* » (p. 16), mouvement qui sera poursuivi par la loi de santé publique de 2004 et la loi HPST de 2009.

Le rapport détermine également les responsabilités des citoyens : ils doivent être acteurs de leur santé (p. 24), mais pour cela, ils doivent être aidés. Le rapport Robert, qui n'élabore pas de recommandations spécifiques aux personnes âgées, mais

⁶⁷ Le Conseil Economique, Social et Environnemental est une assemblée consultative composée des représentants sociaux que sont le patronat, les syndicats, les associations, les organisations professionnelles. Le CESE est saisi par le gouvernement pour donner son avis sur les projets de loi, de décret ou d'ordonnance. www.lecese.fr site consulté le 24 janvier 2014.

s'oriente plutôt vers les enfants et les jeunes adultes, s'inscrit en matière de responsabilités des individus dans la droite lignée de la charte d'Ottawa, qui est régulièrement citée au fil du texte. Craignant qu'une prévention orientée vers les comportements individuels « *stigmatise les personnes qui par leur comportement s'exposent à des risques graves pour la santé* » (p. 19), il devient urgent de comprendre les facteurs qui se situent en amont de ces comportements : « *si l'individu est reconnu comme le gestionnaire de sa propre santé, ce processus de responsabilisation n'est rendu possible que par une politique publique intervenant sur les déterminants de la santé* » (p. 119).

Le rapport de l'IGAS, l'Inspection Générale des Affaires Sociales⁶⁸ publié la même année et intitulé *Santé : pour une politique de prévention durable*, ne considère pas la question de la responsabilité individuelle de la même façon que le rapport des organisations professionnelles, patronales, syndicales et associatives, grandement influencé par la charte d'Ottawa. Cette politique de prévention durable doit se fonder, selon l'IGAS, sur des « *valeurs de responsabilité et de participation comme principe d'action* » (p. 285). Mais responsabilité de qui ? Ici, le rapport n'englobe pas une responsabilité partagée par la puissance publique et l'individu, mais centre la responsabilité sur ce dernier : « *la politique de prévention se propose d'infléchir les comportements individuels* » (p. 285). Comment ? Le rapport ne parle aucunement des déterminants sociaux des comportements individuels, mais propose des pistes de réflexion sur « *la frontière fine entre recherche de responsabilisation de l'individu et injonction, mesures d'obligations, d'interdiction ou d'incitation concernant les conduites à risque* » (p. 287).

S'il est question des inégalités de santé dans les trois premières parties du rapport qui rappelaient l'importance et les objectifs de la prévention en santé publique - dont ceux inscrits dans la charte d'Ottawa de réduire les inégalités de santé en augmentant les efforts sur les déterminants sociaux de la santé et l'environnement des individus - le rapport rappelle lui aussi que « *le concept de promotion de la santé au sens de la charte d'Ottawa n'a pas pénétré de façon structurante et globalisante la politique de santé en France* » (p.69) : l'expression n'apparaît aucune fois dès lors que

⁶⁸ L'IGAS, créée en 1967, est un grand corps d'État composé de hauts fonctionnaires qui ont la charge de contrôler et d'évaluer les politiques sociales afin d'éclairer la décision politique. www.igas.gouv.fr site consulté le 14 janvier 2014.

le rapport se propose « *d'éclairer en toute indépendance quant aux stratégies à mettre en œuvre et aux modes d'organisation et d'intervention* ». Tout se passe comme si le discours d'organismes d'État chargés d'éclairer la décision politique reconnaissait l'importance des déterminants sociaux de la santé (p. 281), sans jamais l'associer aux principes d'action qu'elle présente, laissant les individus démunis, sans possibilité de s'appuyer sur leur environnement pour changer leurs habitudes de vie et leurs comportements.

Cette absence de prise en compte de tout ce qui est autour de l'individu se retrouve dans un autre rapport, non pas de santé publique, mais dans un rapport portant sur la croissance économique de la France. Chargée par le président de la république Nicolas Sarkozy en 2007 de rédiger un rapport fournissant des recommandations et des propositions afin de relancer la croissance économique de la France, la « Commission pour la libération de la croissance de la France », présidée par Jacques Attali, liste 300 décisions pour changer la France. Parmi celles-ci, une place est donnée à la santé, présentée comme « une chance pour la croissance ». Une affirmation heureuse tant le système de santé avait jusqu'alors été pensé comme une menace pour la croissance sous l'expression moins optimiste du « trou de la sécurité sociale » (Benamouzig, 2005).

Cette perspective alléchante puise ses arguments et sa rhétorique dans le spectre d'une prévention comme étant une affaire personnelle et individuelle. Les mêmes termes sont employés dans le rapport Attali et le rapport de l'IGAS. Le rapport Attali donne comme objectif prioritaire à la santé de « *développer une politique sanitaire durable autour de la prévention et de la responsabilisation* » (p. 71). En matière de santé, c'est donc en grande partie sur les épaules des citoyens que repose l'espoir d'un impact positif sur la croissance, car pour l'atteindre, cette croissance, « *il est capital d'encourager les français à adopter des modes de vie plus responsables et plus sains* » (p. 72). La décision 66 du rapport préconise donc de « développer massivement la prévention » par des campagnes de promotion de meilleurs modes de vie, par l'activité physique, une alimentation équilibrée et l'absence de consommation d'alcool, de tabac et de drogue.

Apparaissent ainsi deux conceptions de la prévention en santé publique dans les discussions d'instances de réflexion. Une conception où l'esprit de la charte d'Ottawa est présente et dans laquelle la dimension sociale de la prévention prime sur

une problématisation sous l'angle des modes de vie et des comportements individuels. Au niveau des instances de décisions, dans l'arène politique elle-même, c'est vers ce type de mise en forme problématique que la prévention s'oriente dans les années 2000.

II.1.3. Les lois et plans gouvernementaux

Le Plan National Bien Vieillir, co-produit et co-porté par le ministère de la Santé, pose les bases d'une politique de prévention en gérontologie, en s'appuyant sur le contenu des plans gouvernementaux élaborés en amont, ainsi que sur les arguments des lois votées dans les arènes de confrontation que sont les arènes politiques.

La mesure 2 du PNBV illustre ce phénomène. Elle concerne « une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans », et reprend l'argumentaire et les mesures élaborées dans le cadre des Programmes Nationaux Nutrition Santé 2001-2005 et 2006-2011 du ministère de la Santé. Dans la préface signée par le ministre de l'époque Xavier Bertrand, sont définis les objectifs de ce programme : *« c'est une vraie culture de la prévention que nous voulons développer. Elle permettra de faire évoluer les comportements »* (p. 2). Les plans d'action 1 et 2 du PNNS 2006-2011 détaillent des mesures de dépistage et de prise en charge des « troubles du comportement alimentaire » (p. 9), notamment l'obésité et la dénutrition. Les plans d'action 3 et 4 proposent ensuite des mesures pour chaque population spécifique. Seulement quatre lignes sont réservées aux personnes âgées (p. 37), pour indiquer qu'une brochure spéciale seniors du PNNS doit être diffusée, couplée à une sensibilisation auprès des professionnels de santé.

Le PNBV ne dit rien de plus que ce que prévoit le PNNS. Les trois mesures insistent sur la communication des bonnes pratiques alimentaires au travers de la diffusion du guide nutrition à partir de 55 ans et de campagnes de communication, par des spots télévisés, un numéro vert et un affichage dans les pharmacies. La question se pose alors de l'efficacité d'une telle campagne dont le but, rappelé dans le guide nutrition à partir de 55 ans, est d'inciter les seniors à adapter leur alimentation pour se protéger contre certaines maladies, et tout simplement pour « bien vieillir ».

L'acteur central chargé du financement et de la diffusion de cette campagne de communication est l'INPES, l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé. Créé par l'article 79 du chapitre 4 *politique de prévention* de la loi 2002-303 du 4

mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, cet établissement public de l'État a différentes missions, toutes orientées vers l'expertise en matière de prévention santé, la mise en œuvre de programmes de prévention et la diffusion de campagnes de communication des « bonnes pratiques de santé ». L'État s'est ainsi doté d'un organisme spécialisé dans la prévention afin de mener à bien la responsabilisation des usagers du système public de santé. Car si l'objectif premier de cette loi était d'accroître et d'unifier les droits reconnus aux malades, elle a dans le même temps formulé de grands principes difficilement formalisables dans des articles de loi (Cormier, 2002) renvoyant, comme le pendant des droits des malades et des patients, à leurs devoirs et responsabilités vis-à-vis de leur propre santé et du système de santé. Le chapitre II de la loi, intitulé « droits et responsabilités des usagers », précise dans l'article L. 1111-1 que *« les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose »*. Rien n'est dit sur ces responsabilités avant l'article L 1417-1 qui indique que les moyens d'application de ce qui est avant tout un principe sont ceux définis par la politique de prévention : *« cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé »*. Mais finalement, cette politique préventive se résume à la création de cet institut d'expertise, le reste du texte sur la politique préventive modifiant seulement à la marge quelques dispositions déjà inscrites au code de la santé publique.

C'est avec la loi de santé publique de 2004 que le dispositif institutionnel de la prévention s'organise sur tout le territoire. Cette loi, destinée selon le directeur général de la santé *« à favoriser une véritable culture de santé publique et de prévention »* (Dab, 2004 : 583), clarifie *« le rôle de l'État dans la conduite de la politique de santé et de prévention »* (Dousté-Blazy, 2004 : 581) : la loi effectue une répartition des compétences et des pouvoirs qui privilégie l'État au détriment des collectivités territoriales, par des mesures de déconcentration de l'État à l'échelon régional (Goudet, 2004 : 601). L'échelon central crée le conseil national de santé publique chargé d'élaborer la politique de prévention (article L. 1413-1), politique déclinée au niveau régional par les plans régionaux de santé publique (PRSP) qui définissent *« les modalités de mise en œuvre des objectifs et des plans nationaux en tenant compte des spécificités régionales »* (article L. 1411-11). La crainte de voir ces politiques régionales ne pas rassembler tous les acteurs institutionnels, professionnels,

associatifs de terrain qui élaborent dans la proximité des actions de prévention sur des territoires locaux (Deschamps et Chambaud, 2004 : 409) sera estompée par la création des Agences Régionales de Santé (ARS) par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST). Confortant le pilotage régional de la politique de santé et de prévention élaborée au niveau national, la loi demande aux ARS de la décliner « à l'échelon régional et infra-régional » (Tabuteau, 2010 : 84) par notamment des schémas régionaux de prévention. La région, par les ARS et le phénomène de déconcentration, devient le lien entre les services de l'État, les collectivités territoriales et les divers acteurs locaux de prévention. Cette loi a participé au mouvement de sanitisation et de pathologisation du social (Fassin, 1998 : 42), en donnant une traduction sanitaire aux problèmes de société rencontrés par les acteurs de terrain de la prévention. La politique de prévention qui est définie nationalement est une politique de santé publique, et efface les fondements socialement situés des comportements individuels. Les travailleurs sociaux qui animent la prévention *in situ*, au plus près des populations, voient leur terrain d'intervention passer progressivement du secteur social au secteur sanitaire.

On retrouve ainsi dans le PNBV une qualification de la prévention dans le vieillissement qui reprend l'idée dominante du « forum de débats » et s'appuie sur des dispositifs d'action publique qui font de la prévention une affaire de modes et de styles de vie. En effet, là où le texte pionnier de 1986 abordait de front les déterminants sociaux de la santé et les conditions économiques et sociales de vie des individus, le PNBV laisse de côté ces préoccupations. Tout au long des 35 pages du PNBV, aucune référence n'est faite à ces questions. Une recherche sémantique montre que les termes et expressions « déterminants sociaux », « inégalités sociales de santé », « conditions économiques et/ou sociales » n'apparaissent pas dans le texte. Seul l'axe 8 demande de mettre en place des expérimentations ciblées sur certaines populations de personnes âgées : les personnes sans domicile fixe vieillissantes et les migrants âgés. Ce n'est donc pas explicitement sur les causes de conditions précaires que le plan propose des mesures, mais sur les conséquences de ces conditions sur certaines populations vulnérables aux effets négatifs du vieillissement. La mesure 8-3 ne concerne pas la prévention de situations précaires, mais la réparation de ces situations, en proposant par exemple de créer plus de places dans les foyers de travailleurs migrants et les maisons relais, afin de sortir les plus précaires de la rue et de l'isolement. Ce ne sont pas les

déterminants sociaux de l'exclusion et de la précarité qui sont visés –ils ne sont d'ailleurs ni exposés ni discutés. Les inégalités sociales de santé sont pourtant au centre des enjeux de la loi de santé publique de 2004, mais sont supplantées par la recherche de responsabilisation de l'individu.

Le PNBV utilise en effet la rhétorique de la responsabilisation individuelle, au centre de la prévention en santé publique. Les expressions « comportements favorables à la santé », « comportements favorables à un vieillissement réussi », « modes de vie » ou encore « styles de vie » structurent le propos du PNBV. Les 9 axes reprennent majoritairement des mesures préconisées ou élaborées au préalable. Ainsi l'axe 1 concerne la mise en place d'un bilan de santé lors du départ à la retraite afin de faire un point sur la santé de l'individu, de dépister les facteurs de risque et d'informer « *sur les comportements favorables à un vieillissement réussi* » (p. 7). Ces bilans de santé à la retraite, poursuivis par des bilans de prévention à 70 ans des cancers, chutes, déficits auditif et visuel et troubles neurologiques (axe 4) sont la concrétisation de l'une des mesures de la loi de santé publique de 2004 (Aquino, 2007 : 23).

L'axe 2, comme cela a été spécifié plus haut, reprend les préconisations du PNNS. Mais la nutrition et l'alimentation étaient également présentes dans les rapports IGAS, Robert et Attali, et sont au centre des études et des campagnes de l'INPES. On retrouve dans cet axe les acteurs ayant participé à la structuration du discours sur la prévention. L'axe 3 reproduit pour sa part les démonstrations de l'importance de l'activité physique dans la prévention des maladies. L'argumentation du PNNS et des rapports cités est appliquée aux personnes retraitées, auxquelles est facilité l'accès aux associations sportives et de loisirs. Cet axe « *promouvoir une activité physique et sportive concerne tout autant les questions de santé des retraités –« l'activité physique et sportive doit être considérée comme une modalité thérapeutique à part entière* » (p. 11), que la problématique du lien social –« *les activités physiques et sportives constituent également un rapport privilégié en terme d'intégration sociale et de solidarité* ».

Ainsi détaillé au regard du discours politique sur la prévention, le PNBV apparaît comme la traduction dans le champ de la gérontologie de la montée en puissance d'un discours qui fait de la prévention une affaire de santé publique et de responsabilité individuelle. Il est manifeste en ce qui concerne la définition de la

prévention en matière de santé que les deux niveaux analysés – le forum de débats, qui au travers de la production de rapports, élaborent une réflexion sur ce que devrait être la prévention, et l’arène politique, qui produit des lois et des plans destinés à mettre en place des dispositifs d’action publique - développent à partir des années 2000 une entreprise de normalisation des comportements et des mœurs des individus pour réduire les risques de maladies, et *in fine* améliorer les indicateurs de santé. Le gériatre Jean-Pierre Aquino, président du PNBV, n’en faisait d’ailleurs pas mystère lors du colloque de 2012 organisé par la Fondation Nationale de Gérontologie, consacré à la prévention et au vieillissement : « *le but des stratégies préventives est certes d’informer et de sensibiliser, mais aussi de promouvoir des comportements vertueux en incitant la population à les adopter* » (Aquino, 2012 : 274).

La perspective de l’anthropologie culturelle chère à Gusfield éclaire d’une façon particulière la compréhension sociologique du discours sur la prévention appliquée au vieillissement. Les rapports des organes d’État et les décisions prises par les pouvoirs publics orientent la focale sur les individus, et sont en ce sens une des traces de la « culture » de la prévention, c’est-à-dire une façon de voir qui s’impose dans le domaine public et s’expose sous la forme d’un « ordre symbolique ». Cette perspective s’applique au discours sur la prévention, tant il en dévoile la dimension stratégique : « *le sens ultime de ces actions est peut-être moins dans la dialectique des moyens et des fins qu’elles mettent en œuvre que dans leur caractère expressif ou significatif. Elles actualisent des univers de sens* » (Cefaï, 2009 : 264). Le discours sur la prévention a un sens manifeste : en tant que récit, il veut faire entrer dans les mentalités et les comportements « les bonnes pratiques » susceptibles d’épargner aux individus des problèmes de santé. Dans les fascicules que les retraités reçoivent dans leur boîte aux lettres, dans les messages de prévention à la télévision ou à la radio, les retraités en mauvaise santé sont pris comme exemples des conséquences d’une alimentation trop grasse, trop riche ou d’un manque d’activité sportive. Jusqu’au PNBV, le plus important dans le discours sur la prévention a été de faire passer un message dans le domaine public : prenez en main votre vieillissement et votre santé. Entre les lignes de ce discours, il est entendu que « mal vieillir » devient une erreur, une faute (Billé et Martz, 2010 : 16).

II.2. Le PNBV et le langage de la science

Le PNBV, afin de diffuser le message de responsabilisation des individus face à leur santé et à leur vieillissement, ne se limite pas à la traduction des travaux des deux niveaux politiques analysés à propos de la prévention. Il propose des mesures dans le but d'assurer un « vieillissement réussi » au plus grand nombre. Il s'appuie sur des recherches sur le « vieillissement réussi » développées à la fin des années 90, recherches qui partent d'une distinction entre un vieillissement pathologique caractérisé par des maladies associées à l'âge, un vieillissement usuel et un vieillissement réussi.

L'entreprise scientifique qui a conduit au concept de « vieillissement réussi » est analysée ici comme la mise en œuvre d'une « stratégie textuelle » (Geertz, 1996) qui fabrique des faits à propos du vieillissement en délivrant une perspective possible validée dans le plan. La science, au travers du « vieillissement réussi », fabrique également des normes, qui ne sont là aussi qu'une des perspectives possibles, mais qui ne sera pas soumise à la controverse, car le PNBV ne choisit pas entre les deux conceptions du « vieillissement réussi », controverse dont il s'agit de faire état. On est ainsi face à un phénomène de conversion des énoncés scientifiques en énoncés de politique publique, laquelle tire des conclusions dans l'ordre de l'action à partir de descriptions dans l'ordre de la connaissance (Gusfield, 2009 : 119).

II.2.1. Le « vieillissement réussi » : réussir son vieillissement en le combattant

À l'inverse de la dépendance qui se centre sur les maladies et les déficits, sur ce que les personnes âgées ne sont plus en capacité de faire, sur ce que le vieillissement comporte de « pathologique », le « vieillissement réussi » met la santé au premier plan, dans l'esprit de la définition de l'OMS. Le modèle considère qu'il est possible d'individualiser des populations âgées « propres », c'est-à-dire indemnes de toutes pathologies, dont les caractéristiques vont définir le vieillissement physiologique.

John Rowe, médecin et professeur en politique de santé, et Robert Kahn, professeur en psychologie et santé publique, dans un article désormais célèbre publié en 1987 dans la revue *Science*, distinguent dans ce processus de vieillissement physiologique deux types de vieillissement, le vieillissement dit « normal », processus inscrit génétiquement dans chaque être vivant, lors duquel il est généralement constaté une régression des capacités fonctionnelles, et un vieillissement pathologique, compris

comme les maladies associées à l'âge. Rowe et Kahn, c'est le titre de leur article *Human aging : usual and successfull*, introduisent à l'intérieur du vieillissement normal deux types de processus de vieillissement : l'un *usuel*, qui comprend les personnes qui présentent certaines des pertes typiques de l'avancée en âge, et un *vieillissement réussi*, qui est le vieillissement des individus qui ne suivent pas la pente du vieillissement usuel en ne présentant pas ou peu de signes de déclin. Leur modèle de « vieillissement réussi » inclut trois composantes principales : « *l'absence de maladie ou de facteur de risque, un niveau de fonctionnement physique et cognitif élevé et une vie active sur les plans occupationnel et social* » (Aquino, 2007 : 21). Le résultat d'un vieillissement réussi est une durée de vie supérieure à l'espérance de vie moyenne, une bonne santé et un sentiment de bien-être.

Alors que l'on pourrait penser que ces auteurs, de par leur discipline médicale, se basent sur des éléments et des critères essentiellement médicaux pour élaborer leur modèle, ils vont largement délaisser cette optique pour entrer dans la question des styles de vie, qui ont selon eux un impact décisif sur le vieillissement. Les auteurs estiment que les facteurs génétiques et héréditaires ont été surestimés dans la compréhension du vieillissement, et que les facteurs individuels, de comportements et de styles de vie, ont été sous-estimés. Dix ans après leur article programmatique⁶⁹ Rowe et Kahn présentent une véritable théorie du « vieillissement réussi » (1997, 1998) qui remet en cause la fatalité du vieillissement. Dans cette optique, il peut être combattu, car dans une large mesure, les individus décident de leur vieillissement par les choix qu'ils font. Cette ambition prométhéenne (Lalivie *et al.*, 2008 : 27) place le comportement individuel au centre de la notion. Il prime sur les facteurs génétiques dans l'orientation du vieillissement : afin de réussir leur vieillissement, les individus doivent effectuer des choix en matière de styles de vie.

II.2.2. Le « vieillissement réussi » : s'adapter au vieillissement

Cette théorie élaborée par Rowe et Kahn a été critiquée sur trois points du fait de son aspect éminemment élitiste. Les auteurs ne prêtent que peu d'attention aux inégalités sociales et au poids des déterminismes sociaux sur le vieillissement (Kaplan

⁶⁹ Ils écrivent en 1987 : « *Une augmentation révolutionnaire de la durée de vie s'est produite. Le prochain but de la gérontologie devrait être de faire correspondre une augmentation de la vie en bonne santé, avec le maintien d'un fonctionnement total jusqu'aux frontières de la fin de vie* » (p. 149). La traduction est mienne.

& Strawbridge, 1994). Le vouloir et le pouvoir des individus sont grandement modulés par ces facteurs. Second point de la critique, rendre les individus responsables de leur vieillissement peut entraîner les pouvoirs publics à réduire leur participation vis-à-vis des besoins divers des personnes âgées (Masoro, 2001). Enfin, il est difficile d'établir par un rapport d'extériorité la réussite ou non de son propre vieillissement. La perception subjective des personnes sur leur propre vieillissement et sur leur vie exprime un sentiment de bien-être supérieur que ne le prétendent les critères des auteurs (Strawbridge *et al.*, 2002).

Une autre version du « vieillissement réussi », à l'esprit fort différent de celle de Rowe et Kahn, va apparaître avec une publication, en Allemagne la même année 1987, du premier d'une série d'articles consacrés à cette notion. Ce texte de la psychologue allemande Margret Baltes, intitulé *Le vieillissement réussi comme résultat de la compétence comportementale et de la qualité de l'environnement* ne doit pas cacher la différence radicale d'approche entre les deux conceptions. Margret et Paul Baltes, qui l'a rejoint dans les publications postérieures, postulent que le vieillissement est inéluctable, mais que réussir son vieillissement, c'est s'adapter au vieillissement et aux problèmes que surgissent dans l'avancée en âge pour pouvoir donner un sens à sa vie à la vieillesse. L'esprit de cette approche de psychologie comportementale est marqué par une vision stoïcienne (Lalive *et al.*, 2008 : 27) qui souligne la capacité adaptative des êtres humains (Baltes et Baltes, 1990 : 1).

Les Baltes soutiennent que les individus sont constamment en train d'exercer un contrôle sur leur vie et qu'ainsi, il est inutile de chercher à les rendre responsables de leur vieillissement, ils le sont déjà : c'est le principe de « l'optimisation sélective avec compensation »⁷⁰ (*selective optimization with compensation*) qui peut donc concerner également les individus touchés par des incapacités. Ainsi le « vieillissement réussi » n'est dans cette optique pas réservé aux personnes âgées ne souffrant d'aucune maladie

⁷⁰ Le modèle de l' « optimisation sélective avec compensation » indique l'interaction dynamique entre les gains et les pertes au cours du processus de sénescence, ainsi qu'entre le potentiel de développement et les limites associées à l'âge (Baltes, 1990).

La *sélection* renvoie aux choix et décisions des individus de mobiliser leurs énergies dans des activités de la vie quotidienne qui font sens pour eux. Elle implique une déduction du nombre de domaines dans lesquels un individu est en capacité de s'investir, ce qui ne veut pas dire que de nouvelles activités et pratiques ne peuvent apparaître dans le vieillissement.

L'*optimisation* renvoie pour sa part aux moyens et stratégies que l'individu met en place pour augmenter leurs capacités à réaliser ces activités choisies.

La *compensation* est nécessaire lorsque la perte de capacités est compensée par des ressources externes (aides humaines et/ou techniques).

ou d'aucune baisse de leurs capacités fonctionnelles, mais concerne celles et ceux qui, par le principe de l'optimisation sélective avec compensation, s'adaptent au quotidien aux changements induits par le vieillissement.

Face à cette controverse scientifique qui montre que sous le terme de « vieillissement réussi » sont présentés des desseins et des axes de recherche différents, et des conceptualisations opposées du processus du vieillissement humain et des possibilités d'en infléchir le cours, le PNBV va faire la synthèse des deux approches. Si les auteurs du plan ne citent que les travaux de Rowe et Kahn, ils vont cependant rejoindre la thèse des Baltes, à partir de leur traduction des travaux de Rowe et Kahn : *« Le concept de « vieillissement réussi » apparaît en 1987, il concerne les individus qui gardent des fonctions physiologiques très satisfaisantes jusqu'à un âge avancé malgré l'existence de pathologies, ou bien les personnes qui disposent de fonctions physiologiques moins bonnes, mais qui vont les améliorer au cours de l'avancée en âge, ou bien encore les personnes chez lesquelles on remarque une bonne adaptation à ce qu'elles peuvent faire physiologiquement et à ce qu'elles ont envie de faire »* (PNBV, 2007 : 5).

Dans le PNBV, le « vieillissement réussi » englobe ainsi les deux conceptions différentes, en s'appuyant sur les arguments et les termes des deux approches. Cela se repère dans les « principales recommandations » du PNBV pour un « vieillissement réussi » et plus largement dans l'ensemble des mesures détaillées au fil des pages : la prévention du vieillissement demande aux individus de changer leurs comportements et modes de vie par l'adaptation aux changements. Ainsi à la page 6, la synthèse des recommandations principales du plan mêle les principes « classiques » de la prévention qui sont de lutter contre le vieillissement et les maladies par l'adoption de comportements et de modes de vie préconisés : *« adopter des conduites favorables au bien vieillir », « prévenir les maladies survenant avec l'âge en adoptant un mode de vie adapté », « avoir une activité physique ou sportive régulière », « entretenir son capital intellectuel, physique, social et psychique »* ; tout en s'adaptant au vieillissement et aux changements qu'il implique : *« adapter son alimentation », « adapter son environnement physique et social », « valoriser les notions de projet de vie, d'estime de soi, d'adaptation au changement »*.

Ainsi, si le PNBV apparaît comme la traduction de trois niveaux de production, chacun de ces niveaux est porteur d'une conception particulière de la prévention, et le PNBV traduit chacune d'entre elles dans une politique de prévention dans le vieillissement. Le premier niveau de discussion, de débats autour de la question de la prévention, fait preuve d'un échange de vues sur la question des déterminants sociaux. Le rapport du CES milite pour une approche sociale de la prévention, là où le rapport de l'IGAS place la responsabilité individuelle au fondement de la prévention. Les pouvoirs publics se sont appuyés sur cette production d'idées en retenant, dans les lois et dans les plans gouvernementaux, une approche sanitaire de la prévention, la science venant préciser les modalités et les termes de cette responsabilité individuelle. Le PNBV se présente comme porteur d'un message dans le domaine public en reprenant les dialectiques politiques et scientifiques qui façonnent la culture de la prévention. La dimension morale contenue dans l'énoncé « vieillissement réussi » est d'ailleurs jugée « intellectuellement satisfaisante » (PNBV, 2007 : 5) : chacun doit réussir son vieillissement pour bien vieillir.

La production politique, à travers les discours, les rapports ou les plans gouvernementaux, en mettant l'accent sur l'adaptation et les comportements individuels, pense la prévention sous la forme d'une biopolitique, où le pouvoir cherche à régir les faits et gestes quotidiens des individus pour tendre vers un bien vieillir. En ce sens se développe une politique incitative qui fait appel à la rationalité des individus vieillissants.

II.2.3. Prévention et adaptation : l'attente d'un Homme rationnel

Les comportements que la prévention souhaite proscrire au nom de la nouvelle norme du bien vieillir sont appelés à être remplacés par des comportements et des modes de vie sains et raisonnables : « *Les campagnes de prévention s'attachent à convaincre les populations de leurs méconnaissances des risques « réels » encourus à la poursuite de tel comportement et de la justesse de l'appréciation savante* » (Le breton, 2011). Les campagnes de prévention, les programmes de prévention comme le programme ATOO de la CARSAT Rhône-Alpes ou les ateliers du bien vieillir proposés par certaines municipalités en partenariat avec les caisses de retraite⁷¹, comme nous le verrons dans le chapitre 4, misent sur une logique d'intérêt qui se fonde sur une vision

⁷¹ Le Dauphiné Libéré, édition du 7 février 2014.

purement rationnelle de l'homme : si ce dernier est informé des risques que ses divers comportements et son mode de vie peuvent avoir sur la bonne conduite de sa vieillesse, l'individu changera ses manières d'être et d'agir. Et lorsqu'un événement vient perturber le déroulement de sa vieillesse, il s'adaptera aux changements induits : la prévention fait appel à la mise en cohérence des pratiques et des comportements des individus aux spécificités de la vieillesse, pensées essentiellement en termes de pertes de capacités physiques.

Le président du plan national Bien Vieillir lui-même reconnaît la difficulté de miser sur des individus qui seraient toujours à la recherche du profit ou de la santé : « *Le bien vieillir permettra l'écoute des conseils donnés et leur concrétisation, l'individu devenant alors autogestionnaire de sa propre santé. S'ajoute une difficulté, celle de l'anticipation. L'effort de prévention est immédiat, mais le bénéfice espéré est lointain... De même, le plaisir est immédiat, tandis que la souffrance est pour plus tard... Quelle est la capacité de l'homme à se projeter dans l'avenir ?* » (Aquino, 2012 : 275). La politique de la prévention dans le vieillissement, qui se caractérise par son côté incitatif et non coercitif (Peretti-Wattel et Moatti, 2009 : 23) – « *le but des stratégies préventives est certes d'informer et de sensibiliser, mais aussi de promouvoir des comportements vertueux en incitant la population à les adopter* » (Aquino, 2012 : 274) – requiert des individus rationnels dont les valeurs sont réduites à l'intérêt. La prévention s'entend alors comme la construction, par les incitations, d'attitudes et de comportements qui sont proches d'un *homo oeconomicus* (Callon, 1998), qui possède des capacités de calculs en termes de pertes et de gains vis-à-vis de ses choix et non-choix en matière de comportement alimentaire, de santé, d'habitation et d'aménagement de son lieu de vie, etc..

La figure du patient rationnel est déjà un principe fondateur des politiques contemporaines de santé (Batifoulier, Domin, Abecassis, 2010 : 175) : la place croissante de l'assurance maladie complémentaire se fonde sur une représentation particulière du patient formaté par la figure de l'*homo oeconomicus* : « *La rationalité stratégique du patient qui le conduirait à abuser du système, a été érigée en principe de politique économique de santé. La socialisation de l'assurance est alors vue comme une incitation perverse. Le développement d'un espace de libre prévoyance, censé responsabiliser l'individu, est alors conçu comme un moyen d'enrayer les comportements de types free rider, passager clandestin* ». Afin de responsabiliser les

individus et les inciter à adopter des comportements économes, les pouvoirs publics utilisent désormais les leviers de la rationalité individuelle. Bien que cela entraîne une aggravation des inégalités sociales de santé (Barbier, Théret, 2004), la rationalité des individus est désormais convoquée dans chacun de leur acte de santé.

Ce mécanisme d'activation des leviers de la rationalité individuelle, s'il est fréquent dans les dispositifs marchands (Caillé, 2003) et sur les dispositifs mis en œuvre dans le domaine de la santé (Palier, 2008), étend ses frontières au secteur social, où la marchandisation est désormais à l'œuvre (Chauvière, 2007). Ce modèle économique qui souligne davantage un idéal de conduites que des attitudes constantes et ancrées chez les individus se transpose dans la prévention du vieillissement, du discours politique jusqu'aux pratiques professionnelles des travailleurs de terrain⁷².

Il est cependant difficile de donner des mesures « objectives » des risques que fait peser le vieillissement sur les individus et sur les comportements individuels. La prévention repose pour une large part sur une évaluation des risques par des professionnels, notamment de la santé (Bréchat *et al.*, 2008), soulignant un des deux « terreaux » de la prévention identifiés. C'est le risque perçu qui joue sur les comportements individuels, et non le risque réel constaté, évalué, mesuré par un professionnel. Pour Mary Douglas (1982), les approches prétendument scientifiques qui abordent les décisions en termes rationnels excluent toute influence sociale et culturelle. Or, l'individu n'est pas dominé par un fonctionnement utilitariste, et peut ne pas tenir comme un « risque » pour sa situation, un risque définit en amont dans des expertises techniques.

Par le PNBV, la prévention devient un message politique (Billé et Martz, 2010 : 20) dont les différentes étapes et acteurs de son établissement montrent qu'il ne fait que définir ce qui est bien et ce qui est mal, ce qui est désirable et ce qui ne l'est pas. Dans ce discours, les moyens ne sont que secondaires. Le PNBV, au travers de la mise en valeur des notions d'adaptation, de comportements, de modes de vie et de la rationalité des individus, est le témoin d'une inflexion normative de la prévention dans le vieillissement sur le versant santé, où la prévention sociale est laissée à une part congrue. L'évaluation du PNBV par le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) et les nouveaux débats sur la prévention dans le vieillissement confortent cette analyse du

⁷² Voir *infra*, chapitre 4.

discours sur la prévention comme étant un moyen symbolique d'actualiser un univers de sens auprès de la population de retraités, à qui il est intimé de prendre soin de soi-même et de normaliser son comportement et ses habitudes de vie par l'adaptation aux changements.

II.3. Politique des modes de vie et prévention de la dépendance

Le PNBV est tout à la fois l'application dans le champ gérontologique de discours politiques et scientifiques et le catalyseur d'une certaine conception de la prévention dans le champ. À sa suite va s'élaborer un nouveau débat, au travers de divers rapports d'organes gouvernementaux, qui tous vont déplacer les préoccupations de la prévention dans le vieillissement vers la question de la dépendance : le rapport CNSA de 2010 *Pour une politique de prévention au service de l'autonomie* ; le rapport Trillard de 2011 relatif à *la prévention de la dépendance des personnes âgées* ; le rapport, la même année, d'un des quatre groupes de travail institués par la ministre de la Solidarité et de la Cohésion sociale, Roselyne Bachelot : le rapport IGAS *société et vieillissement* ; le rapport de 2011 *Bien-être et santé mentale : des atouts pour bien vieillir* ; et le rapport 2013 du « comité avancée en âge, prévention et qualité de vie », *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*.

II.3.1. Un retour à la politique des modes de vie ?

Ces rapports font suite à l'évaluation par le Haut Conseil de la Santé Publique du PNBV. Le rapport d'évaluation publié en 2010 déplore « *un déficit de gouvernance, de structuration et de moyens* » (p. 13). Le plan n'a pas de structure problématique et ne fait qu'agrèger des idées et des moyens existants sans mettre de véritables moyens à hauteur des enjeux de la prévention. Les évaluateurs demandent de « pérenniser » le concept de « bien vieillir » au travers de la prévention, en prenant en compte les critiques apportées au PNBV.

Piloté par trois directions ministérielles, la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction des Sports (DS) et la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) sous l'autorité de trois ministères, le ministère de la Santé et des Solidarités, du ministère des Sports et de la vie associative, et du ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, le PNBV doit tout d'abord impliquer d'autres ministères pour une politique réellement

interministérielle : *« la prévention est par nature intersectorielle. La mise en œuvre de mesures dans ce champ nécessite par conséquent un pilotage interministériel avec un pilote unique et une volonté politique affirmée. La prévention du vieillissement au travail, et pas seulement la préparation de la retraite, est, en cette période où la loi va prolonger la durée d'activité, un élément essentiel à traiter avec le ministère du travail. Il en est de même de l'adaptation de l'urbanisme, du cadre de vie et du logement qui doit être conduite avec le ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de l'Aménagement du territoire. Le ministère de la Culture pourrait également être impliqué sur certaines thématiques »* (HCSP, 2010 : 16). Une intersectorialité effective devrait permettre de « mettre en œuvre des mesures et des actions » (p. 28) en travaillant en lien avec les ARS, elles-mêmes chargées de diffuser sur les territoires l'orientation nationale. Renforcer les liens avec les acteurs régionaux, départementaux et locaux de la prévention demande une gouvernance centrale forte capable de décroiser l'action préventive gérontologique basée sur des systèmes d'acteurs et des mécanismes sectoriels (Argoud, 2012 : 98).

La prévention en gérontologie, telle qu'elle se définit dans le PNBV, fait face à toute la difficulté de coordonner globalement un foisonnement d'initiatives locales déjà en place, notamment par les caisses de retraite, mais qui étaient plutôt centrées sur une approche globale de l'individu. Dans ces actions concrètes au plus près des individus âgés, c'est une prise en compte du « contexte social, sanitaire, économique et culturel » des personnes âgées qui prévaut alors, comme l'indiquent les contributions des directions d'action sociale de grands groupes de protection sociale (Sanchez, 2012 ; 261), ou d'AGIRC-ARRCO. Depuis 1975, les institutions de retraite complémentaire, rassemblées dans la fédération AGIRC-ARRCO, ont créé des centres de prévention en proposant des bilans médico-psycho-sociaux aux ressortissants (Saint-Laurent, Dejardin, 2012 : 120).

Le second grand ensemble de limites du PNBV découle de cela et réside dans *« l'absence de prise en compte des inégalités sociales de santé chez les aînés quand on sait que le vieillissement accroît les inégalités de toutes sortes. Si elle ignore ces inégalités, l'approche préventive globale développée par ce plan risque de cristalliser encore plus les disparités sociales et d'accentuer davantage les inégalités existantes »* (p. 26). La prévention en gérontologie ne doit ainsi pas rester une seule prévention individuelle, mais doit avoir une visée collective, dans le sens où *« la société doit*

accompagner le bien vieillir » (p. 18). Centrer la prévention sur un discours incitant les retraités à adopter des réflexes au quotidien ne peut faire une politique de prévention efficace : « *Une grande attention doit être accordée aux déterminants socio-économiques, dans la mesure où ils ont été peu pris en compte dans nos politiques sanitaires et qu'il s'agit d'un enjeu essentiel pour réduire les inégalités sociales de santé* » (p. 17).

L'évaluation du HCSP dit entre les lignes que là où le PNBV se concentre sur son discours et ses moyens d'action orientés vers l'individu sans prendre en compte le fait que les citoyens ne sont pas tous égaux face à la santé, il est nécessaire de mettre en œuvre des actions « *différenciées par grandes sous populations et des actions à des échelons géographiques fins* » (p. 18). Le président du PNBV reconnaissait ce besoin de cibler les actions de prévention, car le plan est trop élitiste et ne touche pas les personnes les plus concernées par la prévention (Aquino, 2011 : 20).

Ces critiques du rapport d'évaluation mettent en lumière une différence majeure entre la politique des modes de vie qui s'est développée à la suite du rapport Laroque de 1962 et la politique des modes de vie telle qu'elle se déploie dans la politique de prévention. Là où l'objectif principal de la politique de la vieillesse à la suite de la généralisation du système de protection sociale était de favoriser l'insertion sociale de la population âgée, ce qui demandait une intervention publique forte afin d'améliorer les conditions d'existence des personnes âgées et de proposer des solutions aux problèmes rencontrés par la population âgée, la politique de prévention engage moins la puissance publique que les individus eux-mêmes dans la résolution des problèmes auxquels ils sont confrontés. La priorité n'est plus d'asseoir la place des personnes âgées dans la société, mais de faire en sorte que l'avancée en âge connaisse le moins de problématiques de santé possible en réduisant les risques de maladies ou de chutes par exemple. Ce n'est pas du ressort de la société, de la structure sociale, puisque les déterminants socio-environnementaux ne sont pas pris en compte, comme le rappelle avec regret le HCSP : la politique de prévention prend la forme d'une politique des modes de vie qui s'adresse aux individus et non à la puissance publique. C'est une différence majeure avec la politique des modes de vie connue par les premières cohortes de retraités : le but n'est plus d'assurer un maintien à domicile pour toutes et tous dans un souci d'intégration sociale. La politique des modes de vie contemporaine fait désormais des modes de vie une question individuelle, d'adaptation, de pratiques

sociales et de comportements personnels. C'est aux individus de s'adapter à son environnement changeant, alors que la politique des modes de vie demandait d'adapter l'environnement social aux difficultés naissantes avec l'avancée en âge.

Ces critiques ont fait l'objet de propositions ultérieures pour que des actions soient menées sur les déterminants socio-environnementaux et les inégalités sociales de santé.

II.3.2. De la prévention du vieillissement à la prévention de la dépendance

Les limites de la prévention telle qu'elle se présente dans le PNBV, précisées dans le rapport d'évaluation du HCSP vont entraîner un mouvement de tentative de redéfinition de la politique de prévention, axée sur la prévention de la dépendance⁷³. Les rapports cités ci-dessus se proposent tous de « *définir une nouvelle politique de prévention de la dépendance des personnes âgées* » (Trillard, 2011 : 2). On retrouve dans ces rapports deux grandes orientations générales : l'une concernant les politiques publiques et les moyens et actions à développer pour une nouvelle politique de prévention de la dépendance, et l'autre concernant les individus.

Au niveau des politiques publiques, les rapports s'accordent pour mener des actions sur le milieu de vie des personnes âgées : on retrouve la même volonté de maintenir les individus dans leur lieu de vie que dans le rapport Laroque de 1962, cette fois-ci en adaptant les logements pour faciliter l'adaptation des personnes aux changements qui jalonnent le parcours de vieillissement. Tous les rapports officiels faisant suite au PNBV et à son évaluation comportent une partie spécifiquement réservée à la préconisation d'actions sur l'habitat. Le rapport du comité « avancée en âge, prévention et qualité de vie », stipule que, concernant la prévention de la dépendance « *tout plan d'action doit favoriser l'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de la personne âgée : logement et aides techniques* » (p. 33). Dans cet axe d'amélioration du logement par les aides techniques, une large place est faite à l'introduction des technologies au domicile des personnes

⁷³ Il est à noter que le développement d'une politique de prévention de la dépendance s'affirme à la suite du PNBV et de ses limites, mais aussi dans le même temps que le report de la réforme annoncée par le président de la République de l'époque Nicolas Sarkozy en 2008 de créer un cinquième risque de sécurité sociale : la dépendance. Pensé dans l'objectif de compléter l'édifice du système de protection sociale, le débat était alors centré sur le mode de financement de ce cinquième risque. Dans la veine de l'édification de la sécurité sociale et du fonctionnement de l'État providence, c'était dans une logique réparatrice qui s'ancrait cette réforme. Son report en 2011 a participé à l'orientation de la politique du gouvernement vers la prévention.

âgées. Cela fait suite au rapport de la mission « vivre chez soi » présenté par le professeur Alain Franco⁷⁴ à Nora Berra, alors secrétaire d'État en charge des aînés. Le professeur Franco recommande de « *démocratiser et dédramatiser le recours aux technologies et de rendre explicites des besoins non formulés à ce jour* » (2010 : 78). Autrement dit, il faut faire prendre conscience aux individus âgés de leurs besoins en technologies à leur domicile afin de favoriser leur quotidien. Cette nécessité nouvelle d'introduire des produits technologiques au domicile trouvera comme appui la politique de prévention de la dépendance. Dans son chapitre « aides humaines et aides techniques », le rapport de la CNSA demandait « *d'appuyer le déploiement de l'innovation en matière d'aides techniques et technologiques* » (p. 83). La prévention est le motif pour intégrer l'innovation dans les préoccupations de limitation des situations de dépendance : « *l'adaptation du logement d'une personne pourra –en particulier avec l'aide des nouvelles technologies très utilisées en domotique- préserver ses capacités d'autonomie et de limiter ses besoins d'aide humaine supplémentaire ou atténuer des situations d'isolement et favoriser une vie normale en situation ordinaire* » (p. 21). Le rapport Trillard comporte une sous partie exclusivement consacrée à « l'apport des nouvelles technologies » (p. 56) comme la domotique et les géronto-technologies, dont l'adoption doit être accélérée (p. 57), tout comme le rapport de l'IGAS qui pointe la nécessité de faire entrer les technologies dans les logements et dans la politique de prévention de la dépendance.

Au niveau des politiques publiques, à côté de la question dominante des géronto-technologies, deux autres points communs aux différents textes peuvent être soulevés. Tout d'abord une nécessité de coordination des différents acteurs de la prévention. Face à « *la diversité et la fragmentation des actions et des acteurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées* » (IGAS, 2011 : 32), il est nécessaire de « *reconnaitre l'intervention d'une pluralité légitime d'acteurs* » (CNSA, 2010 : 28) pour mieux les coordonner. Ensuite, la prévention dans le vieillissement doit « cibler » -terme qui revient dans tous les rapports cités- les actions sur les populations vulnérables. Petit à petit, la prévention cible son discours et ses actions sur des problématiques spécifiques, comme en témoigne le rapport 2011 « bien-être et santé mentale » qui concerne exclusivement la prévention des troubles psychiques. La

⁷⁴ Gériatre au CHU de Nice et président d'honneur de la Société Française des Technologies pour l'Autonomie et la Gérontologie (SFTAG).

cinquième recommandation du rapport Trillard est de « *cibler et organiser des consultations de prévention pour les populations les plus vulnérables* » (Trillard, 2012 : 23) afin de répondre aux manquements jusque-là relevés en matière d'inégalités sociales de santé.

Mais les rapports consécutifs au PNBV ne se limitent pas à des propositions pour réorienter la politique de prévention dans le vieillissement. Ils centrent aussi leur discours sur les individus, et à ce niveau, rien de nouveau par rapport au PNBV et aux textes antérieurs ne peut être constaté. Le rapport *Bien-être et santé mentale* est celui qui signe le mieux sa droite filiation avec le discours de la prévention : les mêmes expressions, les mêmes auteurs cités, Rowe et Kahn, en bref, le même argumentaire est repris par le professeur Olivier de Ladoucette, gériatre expert du « bien vieillir ». Il a notamment publié en 2000 *Le guide du bien vieillir*, qui condense tous ses conseils pratiques envers les gens âgés afin qu'ils « réussissent leur vieillissement ». Dans son rapport pour le secrétariat d'État aux aînés, cet expert propose à nouveau les « clefs » d'une bonne santé mentale : ces clefs sont détenues par les individus, par « *les choix de vie et les comportements que nous adoptons* » (p. 5). Savoir s'adapter est toujours le maître mot pour préserver ses capacités psychiques et mentales : « *certaines stratégies adaptatives sont décisives pour réussir son avancée en âge* », quitte à stigmatiser les individus n'étant pas en capacité, ou en volonté, de le faire : « *les recherches menées au cours des trois dernières décennies ont confirmé par centaines que le vieillissement dépend de l'individu, beaucoup plus qu'on ne l'a cru par le passé. Trop de gens l'ignorent et dilapident ce précieux capital d'années, en adoptant des comportements inappropriés* » (p. 5). La clef principale est alors « savoir s'adapter », selon le principe de « l'optimisation sélective avec compensation » des Baltes (p.23-24), principe qui est simplement décrit sans en questionner sa distribution sociale.

Orientations Niveaux de production	<u>Sociale</u>	<u>Santé</u>
<p><u>Forum de débats :</u> La production d'idées et de controverses dans les organes de discussion</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1962 : rapport Laroque - 1971 : rapport Questiaux (VI^{ème} plan) - 1980 : rapport Lion (VIII^{ème} plan) - 1986 : charte d'Ottawa (OMS) - 2003 : rapport Robert (CES) - 2010 : rapport CNSA - 2011 : rapport Société et vieillissement (IGAS) - 2013 : rapport Aquino (comité avancée en âge, prévention et qualité de vie) 	<ul style="list-style-type: none"> - 1986 : charte d'Ottawa (OMS) - 2003 : rapport IGAS (ministère des Affaires sociales) - 2008 : rapport Attali (commission pour la croissance française) - 2010 : rapport CAS (services du premier ministre) - 2010 : rapport CNSA - 2011 : rapport Trillard (Sénat) - 2011 : rapport Société et vieillissement (ministère des Affaires sociales) - 2013 : rapport Bien être et santé mentale (ministère de la Santé) - 2013 : rapport Aquino (comité avancée en âge, prévention et qualité de vie)
<p><u>Arène politique :</u> Plans et lois portés par les gouvernements et élaborés par les ministères</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1982 : circulaire Franceschi (ministère de la Solidarité nationale) - 2007 – 2011 : plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (ministère de la Santé) - 2010 : Évaluation HCSP (ministère de la Santé) 	<ul style="list-style-type: none"> - 2002 : loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (ministère de la Santé) - 2004 : loi de santé publique (ministère de la Santé) - 2006 – 2011 : PNNS (ministère de la Santé) - 2007 – 2011 : plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (ministère de la Santé) - 2009 : loi HPST (ministère de la Santé) - 2010 : Évaluation HCSP

Figure 2 : Tableau récapitulatif des deux pôles de la prévention dans le vieillissement, en fonction de leur apparition dans le forum des débats ou dans l'arène politique

Il existe certainement d'autres rapports et plans gouvernementaux qui touchent à la question de la prévention dans le vieillissement, que ceux énoncés au fil du texte et synthétisés dans la figure 2. Nous prenons le parti de ne mentionner que ceux qui ont un impact décisif sur l'élaboration du PNBV et sur la définition de la prévention dans le vieillissement et son inflexion vers la prévention de la dépendance. Au travers de ce tableau synthétique, il est possible d'apprécier les deux terreaux de la prévention dans le vieillissement. Les traditions sociales et sanitaires qui alimentent le PNBV, sont exposées dans leurs dimensions d'échanges et de débats, et dans leurs dimensions décisionnelles, et sont parfois présentes ensemble dans les documents étudiés. Il est d'ailleurs rare qu'un rapport ou une loi n'aborde qu'un seul de deux versants. Ce qui a guidé notre réflexion, c'est la prise en compte ou non dans les discours, du lien entre social et santé. A chaque idée et décision importante sont associés les acteurs et les dates clés de leur apparition et permet de rendre compte de l'inflexion initiée par le PNBV autour d'approches sanitaires normatives.

Au niveau individuel, la prévention de la dépendance reste donc, comme le souligne avec lucidité le rapport CNSA, dans les « incantations » (p. 18). La perspective culturelle adoptée à l'aune de l'analyse des rapports politiques et des articles scientifiques met en lumière cette tendance du discours politique, à travers les arguments et la rhétorique invariablement utilisés depuis les premiers rapports et programmes nationaux de prévention en santé publique, à diffuser un message de responsabilisation individuelle face à sa santé. Le PNBV est à la fois le promoteur de ce récit dans le champ gérontologique et le catalyseur de la prévention individuelle dans le vieillissement.

Conclusion

La prévention est historiquement présente depuis les premières problématisations du phénomène vieillesse. Dans le rapport Laroque et les actions qui se sont développées à sa suite, notamment autour de l'aide-ménagère et le maintien à domicile, c'est une prévention sociale qui préside à la logique d'une politique des modes de vie. Ce temps nouveau de la retraite doit être pensé et aménagé dans l'optique impérative d'intégrer les individus vieillissants. La collectivité doit assurer une *place* à

chacun d'entre eux. À cette vieille tradition sociale se couple une tradition sanitaire, qui se concrétise dans le vieillissement depuis la politique de la dépendance.

Au travers des différents niveaux de production de discours sur la prévention, du forum de débats aux arènes politiques en passant par le discours scientifique, notre étude fait état d'une véritable « culture » de la prévention, qui se concrétise dans le PNBV. En ce sens, ce dernier marque une nette inflexion sur le versant « santé » de la prévention. La tradition sociale n'est pas absente pour autant, notamment dans le souci de « participation sociale » des seniors, qui fait l'objet de l'axe 6 du plan, afin de favoriser le « vivre ensemble ».

La qualification du problème vieillesse se fait désormais essentiellement sous l'angle de la santé et des modes de vie qui favorisent un « vieillissement réussi ». C'est en ce sens un retour à la politique des modes de vie qui se joue dans la politique de prévention de la dépendance, mais avec des différences majeures avec la politique des modes de vie qui s'est développée à la suite du rapport Laroque. Cette politique, à l'inverse de la politique sociale connue par les premières cohortes de retraités, se centre sur les comportements individuels et oriente son discours sur la responsabilisation des individus en matière de santé, et ne convoque pas une intervention publique forte et soutenue. Ce n'est plus à la société à s'adapter aux problèmes rencontrés par les personnes âgées, mais à ces dernières de s'adapter aux changements qu'ils connaissent dans leur trajectoire de vieillissement. Il ne s'agit donc plus de prévenir des situations pouvant introduire une rupture avec le milieu de vie, mais de s'adapter et de composer avec des ruptures dans la trajectoire de vieillissement. Ce régime d'intervention politique, centré sur le niveau de santé, sur la durée de vie en bonne santé prend la forme d'un gouvernement des corps, car les gouvernants, par la politique de prévention, s'introduisent au plus près des individus, en faisant jouer par rapport aux questions de vieillissement, de maladies, de dépendance, des éléments tels que la rationalité des individus, leurs capacités individuelles d'adaptation et d'ajustement de leurs comportements et mode de vie.

Le PNBV, qui initie l'inflexion normative de la prévention, n'est ainsi pas, comme le stipulent son président, ainsi que la ministre de la Santé qui a donné lieu au PNBV, un plan de santé publique. Il se conçoit plutôt comme un plan de normalisation des modes de vie dans la vieillesse, du fait qu'il ne rapporte pas les modes de vie et les

comportements individuels à quelque forme de catégorisation sociale. Or, les problèmes de santé, tout comme la participation sociale, sont différenciés socialement (Raymond, Sévigny, Tourigny, 2011 ; Viriot- Durandal, 2009). Le discours s'adresse à l'ensemble de la population retraitée, sans distinction de classes. Il va ainsi à l'encontre des préconisations des programmes internationaux de santé publique, comme la charte d'Ottawa, et de la loi de santé publique de 2004, qui mettent les déterminants sociaux de la santé, et les inégalités sociales de santé au cœur des préoccupations. La politique de prévention de la dépendance ne qualifie pas le problème à partir des parcours de vie et de la position sociale des individus. Qu'en est-il alors des acteurs qui participent à la construction du champ de la prévention ? C'est au « *second niveau de la vie sociale, celui qui se trame dans l'action sociale elle-même* » (Gusfield, 2009), qu'il faut désormais s'intéresser.

Chapitre 4

Le champ de la prévention de la dépendance

Introduction

Le PNBV et plus largement les politiques nationales de la vieillesse et du vieillissement, en se centrant sur la prévention de la perte d'autonomie, ou prévention de la dépendance, mais dans tous les cas en vue du « bien vieillir », ont ouvert un champ, bien distinct de celui de la dépendance (Ennuyer, 2003). Telle est l'idée structurante de ce chapitre. Ainsi approchée, la prévention dans le vieillissement prend la forme d'un paradigme, dans le sens où elle participe à la fois à une construction sociale de la vieillesse par un cadre idéologique qui concerne les modes de vie des personnes âgées, et à la construction d'un champ où se rassemblent et se positionnent des acteurs et des institutions.

L'évolution des politiques vieillesse, depuis l'avènement de la politique de la dépendance au début des années 2000, se traduit aujourd'hui par une dissociation progressive du champ de la dépendance de celui de sa prévention. Si nous employons la notion de champ pour traiter de la question de la prévention et du « bien vieillir », c'est, car elle répond à la question des acteurs et des institutions qui déploient dans le monde social les orientations politiques. La notion de champ souligne également la délimitation de cet espace et les rapports de force entre les acteurs qui veulent intégrer ce champ ou au contraire s'en éloigner. Schématiquement, comme le montre Pierre Bourdieu (1997, 2000), le champ signifie cet espace, cet univers, plus ou moins autonome, qui se trouve entre le contenu textuel d'une loi, d'un plan gouvernemental, ou des rapports sénatoriaux ou parlementaires pour ce qui nous concerne, et le contexte social de leur production. Le champ devient le lien obligé entre textes et contexte : *« Pour comprendre une production culturelle (littérature, science, etc.), il ne suffit pas de se référer au contenu textuel de cette production, mais il ne suffit pas davantage de se référer au contexte social, en se contentant d'une mise en relation directe du texte et du contexte. [...] Mon hypothèse consiste à supposer qu'entre ces deux pôles, très éloignés, entre lesquels on suppose, un peu imprudemment, que le courant peut passer, il existe un univers intermédiaire, que j'appelle le champ littéraire, artistique, juridique ou scientifique, c'est-à-dire l'univers dans lequel sont insérés les agents et les institutions qui produisent, reproduisent ou diffusent, l'art, la littérature ou la science. Cet univers est un monde social comme les autres, mais qui obéit à des lois sociales plus ou moins spécifiques »* (Bourdieu, 1997 : 14).

La production culturelle de la prévention en vue du « bien vieillir » nécessite la construction d'un champ pour mettre en œuvre, dans la production du social, les attentes du monde politique. L'allocution d'ouverture du colloque organisé par la Fondation Nationale de Gérontologie, le 3 février 2012, sur le thème « prévention et vieillissement », prononcée par la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale d'alors, Madame Roselyne Bachelot, peut être entendue comme un appel du monde politique aux acteurs susceptibles et intéressés à intégrer ce champ : *« Agir sur toutes les facettes de l'existence, donc, cela signifie faire appel à de nombreux acteurs, qui, tous, ont fait la preuve de leur légitimité. Je pense bien entendu aux Agences Régionales de Santé (ARS), qui sont chargées d'élaborer de façon concertée un schéma régional de prévention. Je pense aussi aux organismes de la branche retraite, au sein de laquelle la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI) mutualisent leurs efforts dans le cadre d'un partenariat interrégimes. Ces instances se sont également engagées à travailler en lien étroit avec les conseils généraux. Je pense, enfin, à l'institut national de promotion et d'éducation pour la santé (INPES) et à ses campagnes de sensibilisation, aux conseils généraux, aux communes, aux mutuelles, aux institutions de prévoyance, et aux professionnels des secteurs sanitaires et médico-social »* (Bachelot, 2012 : 12-13).

Suite à des entretiens menés dans le cadre d'une recherche sur l'évolution de l'action sociale en direction des personnes âgées et des retraités⁷⁵, nous postulons que les actions développées au plus près du public retraité s'inscrivent majoritairement dans la tradition sociale de la prévention dans le vieillissement. Le repositionnement d'acteurs comme la CNAV et ses antennes régionales les CARSAT, et plus largement les départements d'action sociale des caisses de retraite complémentaire, sur le « bien vieillir », sera questionné. Ce sont en effet ces acteurs qui traduisent le mieux dans des actions l'orientation et le cadrage donnés par l'État dans le PNBV et les textes qui lui font suite, et qui ont impulsé un mouvement de construction du champ de la prévention en vue du « bien vieillir » dans lequel ils vont s'engager. Cependant, là où le discours politique s'adresse à l'ensemble des personnes âgées, les acteurs de terrain, ceux qui mettent en place des programmes d'actions de prévention sur les territoires, et auprès de leurs ressortissants, redéfinissent des publics cibles et orientent leurs actions

⁷⁵ Gucher C. (dir.), Mansanti D., Guillaud E., Mollier A. et Alvarez S., *L'action sociale en direction des retraités et des personnes âgées : bilan, enjeux et perspectives*, CGT – contrat d'études IRES 2012.

prioritairement vers les plus « fragiles » des retraités, afin de sécuriser les parcours de vie les plus chaotiques, ceux qui s'éloignent de la « *courbe de normalité* » dont parle Foucault. Les promoteurs de l'action sociale gérontologique, en appliquant sur le terrain les orientations politiques, prennent le rôle d'intermédiaire entre la production normative « par le haut » et la réception par les publics.

I. La prévention de la dépendance au cœur de l'action sociale des caisses de retraite

Parler de l'action sociale gérontologique demande en préambule de fixer à grands traits quelques éléments de définition. L'action sociale recouvre les politiques d'action mises en place au profit de groupes de populations ciblés ou de publics définis : enfance, handicap, personnes âgées, etc., et plus largement toutes personnes ou tous groupes faisant face à des difficultés dans sa vie quotidienne. Ces politiques d'action mettent en place envers ces groupes cibles des prestations, des aides, des dispositifs dans le but de préserver la cohésion sociale et de réduire autant que possible les inégalités sociales.

Ce sont ces objectifs qui sont inscrits dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), texte fondateur de l'action sociale publique. Ainsi l'article L. 116-1 stipule que « *l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1* ».

En matière d'action sociale gérontologique, trois textes ont principalement complété le cadre donné par le CASF et influencé directement la construction du champ de la prévention :

- La loi du 20 juillet 2001, modifiée par la loi du 31 mars 2003, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui modifie en profondeur le cadre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans ;
- La loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale de janvier 2002 ;
- La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, dite « acte II de la décentralisation », qui approfondit la décentralisation des politiques sociales entamée au début des années 1980, notamment en confortant le rôle fondamental du département en matière d'action sociale et médico-sociale.

Positionnés depuis les premières lois de décentralisation de 1982 et 1983 comme collectivités territoriales de référence en matière sociale et médico-sociale en disposant d'une capacité forte d'action sur les quatre domaines d'intervention publique qui sont principalement sous sa responsabilité⁷⁶, dont le domaine gérontologique⁷⁷, les départements se voient réaffirmés cette prérogative par la loi du 13 août 2004. À ses compétences planificatrices en matière de politique sociale de la vieillesse, au travers de l'élaboration du schéma départemental de l'action sociale et médico-sociale imposée par la loi du 22 juillet 1983 et réaffirmée par la loi du 2 mars 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale (Baron, 2010), s'est ajoutée, avec la création de l'APA en remplacement de la PSD, la gestion de cette prestation individualisée.

En 2009, les deux-tiers des dépenses des conseils généraux dans le domaine gérontologique étaient alloués à l'APA pour financer l'aide à domicile ou l'accueil en institution, soit 4,9 milliards d'euros (Galtier et Mansuy, 2011). Cette prestation constitue donc la colonne vertébrale de l'intervention des conseils généraux en direction des plus de 65 ans.

⁷⁶ Ces quatre domaines sont l'enfance, les personnes handicapées, l'insertion et les personnes âgées (Galtier et Mansuy, 2011).

⁷⁷ Le chapitre 3, personnes âgées, du CASF, par son article L. 113-2, précise : « le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-4, les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public... ».

Cependant, l'action sociale publique, à laquelle il faut ajouter le rôle de proximité important réalisé par les centres communaux d'action sociale (CCAS), notamment auprès des personnes âgées et des retraités, n'épuise pas tous les acteurs de l'action sociale. D'autres opérateurs développent des politiques d'action sociale, parmi lesquels les caisses de sécurité sociale, et en ce qui concerne le champ gérontologique, les institutions de retraite. À la suite de la CNAV qui avait participé à la mise en place et au financement de la prestation dépendance avant de s'en retirer progressivement du fait des prérogatives données aux départements qui les ont positionnés comme acteur central de la gestion de la dépendance et de son accompagnement, les caisses de retraite complémentaire vont recentrer leurs actions vers la prévention de la dépendance.

I.1. La CNAV : de la dépendance à sa prévention

Les caisses de retraite, dont les prestations d'action sociale sont facultatives et souvent extralégales⁷⁸, ont accompagné l'évolution des politiques vieillesse (Cadiou et Gagnon, 2005). Le financement de leur fonds d'action sociale par une partie des cotisations d'assurance vieillesse s'est développé à la suite de la montée en charge des systèmes de retraite dans les années 60. La CNAV, en tant que caisse de retraite du régime général, est alors la tête de pont des caisses de retraite et le principal acteur de l'action sociale auprès des retraités. Dans les années 70 et 80, l'action sociale de la CNAV, associée à celle des autres caisses de retraite, prend part activement à la diffusion des nouvelles représentations de la vieillesse et d'un nouvel art de vivre à la retraite associé au « troisième âge » (Lenoir, 1979). S'inscrivant dans la logique du rapport Laroque de 1962, la CNAV participe à l'élaboration d'un nouveau mode d'intervention en direction des personnes âgées, celui-ci visant leur intégration dans la société (Guillemard, 1986), par une politique qui souhaite favoriser le maintien à domicile en finançant une offre de service. La CNAV se centre alors essentiellement sur le développement de l'aide-ménagère (Boudreau et Picoche, 1997). L'entretien réalisé auprès d'un membre de la direction nationale de l'action sociale de la CNAV a

⁷⁸ L'action sociale non obligatoire prend en compte à la fois l'aide sociale extralégale, c'est-à-dire des prestations versées dans des conditions ou pour des montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables à l'aide sociale légale, et d'autres formes d'actions sociales qui ont un caractère facultatif, comprenant aussi bien des prestations financières que des actions mises en œuvre en direction de certains groupes de la population (Aubrée, Barry, Baillon et Mauguin, 2006). Les prestations d'action sociale sont qualifiées d'extralégales, car c'est au conseil d'administration paritaire de la caisse de retraite qu'il revient de décider des modalités des interventions d'action sociale.

inévitablement retracé cette genèse de la politique d'action sociale de la caisse du régime général :

« A la création des caisses de retraite avec les ordonnances de 1945, il avait été décidé d'affecter une partie infime des cotisations à l'action sociale. À l'époque, cette toute petite partie des fonds était mise à disposition des conseils d'administration pour des interventions extralégales au niveau des caisses locales pour prévoir un accompagnement complémentaire face à la retraite. Parce qu'il faut bien avoir en tête qu'à l'époque il s'agissait avant tout de combattre la pauvreté des retraités. Donc l'action sociale, elle servait avant tout à donner un petit peu plus à ceux qui avait le moins, ou qui n'avaient vraiment pas beaucoup. À l'époque, il y avait pas de caisse nationale. C'est en 1967, lors de la création de la caisse nationale, que s'est vraiment structurée une politique d'action sociale, à côté de notre mission classique qui est de gérer les retraites. Et là on a mis le paquet sur l'aide-ménagère pour aider nos bénéficiaires à continuer à vivre chez eux. Enfin moi j'y étais pas, mais c'est pour vous dire un peu l'historique de tout ça » (direction nationale de l'action sociale de la CNAV).

Devenu un acteur incontournable de la politique de maintien à domicile, la CNAV va poursuivre cette orientation avec l'émergence de la politique dépendance dans les années 80 puis dans les années 90 qui constitue la décennie d'enracinement de la dépendance comme principal enjeu public de la politique vieillesse. La CNAV accompagne ce mouvement d'édification de la prestation dépendance et ainsi de recomposition de l'action gérontologique de deux manières.

Tout d'abord par un renforcement et un développement de sa prestation d'aide-ménagère. La CNAV oriente ses aides vers les personnes âgées dépendantes par l'affectation de crédits supplémentaires vers cette population. La prise en charge pour l'aide-ménagère peut aller jusqu'à 90 heures par mois et représente la première dépense de l'action sociale de la CNAV : *« L'aide-ménagère à domicile est de loin la principale dépense du FNASSPA⁷⁹ puisque les crédits consacrés à cette aide représentent environ 85 % des dépenses d'intervention. Ces interventions permettent aux retraités de continuer à vivre normalement chez eux. L'aide-ménagère assure les travaux*

⁷⁹ Le Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale en faveur des Personnes Agées (FNASSPA) a été créé en 1967 lors de l'établissement de la CNAV. C'est à la caisse nationale qu'il revient de gérer le FNASSPA dont les missions sont essentiellement centrées sur l'aide-ménagère.

d'entretien courant du logement, fait les courses, aide la personne âgée à se lever et à faire sa toilette. Cette aide est assurée sur le terrain par des prestataires de services (associations, centres communaux d'action sociale) conventionnée avec les caisses régionales. Du fait de l'augmentation de la population des plus de 75 ans, l'aide-ménagère à domicile s'est intensifiée : ainsi, une personne âgée peut y avoir recours jusqu'à 90 heures par mois en bénéficiant du concours financier de la CNAV» (Boudreau et Laville, 1996 : 8-9).

Deuxièmement, la CNAV a participé activement à l'expérimentation et à la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Il est significatif à cet égard de noter qu'en 1996, le numéro 15 de la revue *Retraite et société*, éditée par la CNAV, soit intitulé « action sociale et dépendance ». Cela témoigne de la préoccupation principale de la politique d'action sociale de la CNAV de l'époque. La Prestation expérimentale Dépendance (PED), qui comme son nom l'indique servait à expérimenter les possibilités de mise en place d'une prestation dépendance dans 12 départements cibles, et qui donnera en 1997 la PSD, est pilotée par la CNAV, en partenariat avec l'assemblée des présidents des conseils généraux (Périnel, 1996 : 39). Elle maintiendra son implication dans la mise en place de la PSD, en finançant la mise à disposition des conseils généraux des travailleurs sociaux des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM, aujourd'hui CARSAT) pour participer aux équipes médico-sociale chargées de l'administration de la grille AGGIR au domicile des personnes âgées (Frinault, 2005). Cette volonté de participer à la politique de maintien à domicile se décline également dans l'inscription de la politique d'action sociale de la CNAV dans la modernisation du secteur de l'aide à domicile à travers la mise en place de la démarche qualité en 1999. Le but est d'améliorer la qualité des prestations aux personnes âgées sur l'ensemble du territoire (Périnel, 1999).

La loi de 2001 relative à l'APA va avoir un impact non négligeable sur la politique d'action sociale de la CNAV. Outre la gestion de cette nouvelle prestation par les conseils généraux, cette loi ouvre les droits de l'APA vers un public plus large que celui de la PSD. L'extension des droits au GIR 4, qui n'était pas pris en compte dans la PSD, a retiré à la CNAV la prise en charge d'un nombre important de personnes âgées grandement dépendantes de l'aide-ménagère. L'action sociale des caisses de retraite, et notamment de la CNAV, se voit remise en cause. Sa participation à la politique dépendance se résume alors à une contribution au financement de l'APA pour

compenser la diminution du nombre d'heures ménagères désormais pris en charge par les conseils généraux, ce qui ampute considérablement les moyens dont elle dispose pour développer une action autonome. La réorientation de la politique d'action sociale de la CNAV est alors inévitable : *« Nous, on était inscrit dans la politique dépendance, clairement. On avait copiloté et cofinancé l'expérimentation qui avait abouti à la PSD. Implicitement, ce qui est dit dans la loi APA, c'est que l'action sociale des caisses de retraite doit se recentrer sur la prévention de la perte d'autonomie. C'est pas dit noir sur blanc, mais puisque l'APA prenait en charge les GIR 1 à 4, ben pour nous, il restait que les GIR 5 et 6, ceux-là même qui englobent les personnes âgées qui ne sont pas dépendantes, mais qui sont aux portes de... »* (direction nationale de l'action sociale de la CNAV). La segmentation du champ de la dépendance, au travers de la grille AGGIR et des groupes iso-ressources, a donné la possibilité d'ouverture d'un champ spécifique à la prévention. La CNAV, d'après l'interprétation qu'en fait le directeur de l'action sociale, a hérité du périmètre de la prévention et s'est vue signifier son repositionnement.

Cette situation de fait créée par les recompositions de l'action publique auprès des personnes âgées⁸⁰ se concrétisera dans la convention d'objectifs et de gestion 2005-2008, cosignée par l'État et la CNAV⁸¹. Là où la COG 2001-2004 ne laissait qu'une place infime à la prévention⁸², et se centrait majoritairement sur les questions de maîtrise des dépenses dans une période d'explosion du nombre d'assurés arrivant à

⁸⁰ Comme nous l'indiquons dans l'introduction de cette première partie, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a grandement participé à cette recomposition de l'action publique envers les personnes âgées par la gestion décentralisée de l'APA (Lafore, 2004).

⁸¹ Ce sont les ordonnances Juppé de 1996 qui instituent une contractualisation entre les caisses de retraite et l'État afin de répondre à 2 objectifs :

- fixer des objectifs métiers par branche
- déterminer un cadre homogène censé améliorer l'efficacité et l'optimisation des dépenses d'argent public.

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) sont identiques dans leurs principes généraux, mais diffèrent selon chaque branche ou régime en fonction des axes stratégiques qui lui sont propres. Les COG sont signées pour une durée de 4 ans par le président et le directeur de la caisse concernée ainsi que par les ministres de tutelle. Elles sont ensuite déclinées en contrats pluriannuels de gestion entre la caisse nationale et les caisses locales.

⁸² Cinq lignes seulement sont affectées à la question de la prévention, qui est alors orientée vers des préoccupations d'insertion sociale des personnes âgées, de leur place dans société, d'une lutte contre l'isolement, comme un redit des objectifs du rapport Laroque. En termes pratique, c'est d'une coordination entre les actions de la branche maladie et celles de la branche retraite qu'il est question : *« Des actions trop souvent mal coordonnées sont mises en œuvre en matière de prévention du vieillissement par les branches retraite et maladie du régime général. La CNAV cherchera à apprécier comment tirer un meilleur parti des actions entreprises, et favoriser les partenariats entre les différents acteurs concernés par la prévention sanitaire et la prévention à la désinsertion sociale des personnes âgées »* (COG 2001-2004 : 28).

l'âge de la retraite, la COG 2005-2008 donne comme objectif à la CNAV de « *recentrer la politique d'action sociale sur le maintien de l'autonomie des retraités par une politique de prévention et d'accompagnement qui permette de concevoir et d'organiser les réponses aux attentes et aux besoins spécifiques des retraités fragilisés des GIR 5 et 6, qui constituent désormais la population cible dont la branche retraite à la charge* » (COG 2005-2008 : 25).

Du fait de l'APA et de son mode de gestion, ce sont les personnes en GIR 5 et 6 et leur vie à domicile qui deviennent les cibles de l'action sociale de la CNAV. Avec une enveloppe de dotation pour le fonds d'action sociale de 377 millions d'euros en 2008, c'est une politique de prévention de la dépendance qui s'installe dans la logique d'action de la CNAV, et c'est ainsi qu'elle se définit : centrer ses actions sur les personnes âgées considérées par la politique dépendance comme se trouvant en dehors de la catégorie qui fonde son action, c'est tenter d'influer sur le quotidien des bénéficiaires, en les soulageant dans la réalisation des actes ordinaires, mais vitaux du quotidien. Le but étant de réduire les risques de voir la santé et les capacités à réaliser ces activités de la vie quotidienne décliner et d'ainsi de grossir les rangs et les coûts de la catégorie dépendance. L'adage « mieux vaut prévenir que guérir » est au fondement du positionnement de la CNAV, incitée par l'État, sur le créneau préventif. Le directeur national de l'action sociale de la CNAV de l'époque exposait clairement les actions menées dans la droite lignée du PNBV : « *la politique d'action sociale de la CNAV est depuis 2006 conçue et structurée autour de la thématique en faveur du « mieux vieillir ».* Elle vise, quel que soit le capital santé d'un retraité en situation de fragilité, à améliorer ses conditions d'existence et en particulier à retarder chez lui la survenue du risque de perte d'autonomie, en complémentarité et souvent en synergie avec les aides et prestations dont il peut par ailleurs être bénéficiaire, dans le cadre de l'assurance maladie et des programmes nationaux de santé publique » (Périnel, 2008 : 189).

Forte d'une solide expérience en matière d'aide-ménagère, la CNAV va entrer dans la prévention en insistant sur ce point fort et emblématique de l'histoire de son fonds d'action sociale. En 2008, les prestations versées dans le cadre de l'action sociale pour les retraités relevant de la branche retraite se décomposent en prestations individuelles et prestations collectives. Les premières sont dotées d'une enveloppe budgétaire de 278 millions d'euros, contre 71 pour les secondes. Sur ces 278 millions d'euros, 82 % financent l'aide-ménagère à domicile pour les GIR 5 et 6. Le reste est

alloué à un essai de politique de diversification des aides, mais toujours centré sur le domicile : portage de repas, télésurveillance (Périnel, 2008 : 187).

Cette entrée de la CNAV sur le versant préventif du vieillissement et de ses risques, sous l'angle de sa prestation phare d'aide-ménagère, s'est consolidée avec la COG 2009-2013. L'implantation de l'action sociale de la caisse de retraite du régime général dans la logique préventive acte la réorientation de sa politique. Les priorités d'action, synthétisée dans l'annexe 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) de 2012 mettent au centre la prévention : *« Achever et consolider la réorientation de l'action sociale sur la prévention de la dépendance »*. C'est devenu l'axe fort de l'action sociale de la CNAV, et comme le stipule un membre de la direction, cette dernière vise désormais les ressortissants du régime général à titre individuel ou collectif, témoignant par là de la diversification et de l'élargissement de l'offre : *« Le premier étage de notre politique, c'est de renforcer les infos pour l'ensemble des retraités autour du « bien vieillir ». Chacun d'entre eux reçoit les livrets du bien vieillir, et peut trouver sur le site internet nos partenariats avec l'ensemble des acteurs, que ce soit les ministères, la MSA, AGIRC-ARRCO... Pour relayer ces messages, on mobilise nos agences régionales. Ensuite le deuxième étage, ce sont les actions collectives de prévention du vieillissement, les ateliers de prévention des chutes, les conférences, pour toucher une cible très large. Et bien sûr, le troisième point c'est de continuer à assurer la prestation d'aide-ménagère, parce qu'on veut vraiment poursuivre notre politique de maintien à domicile. C'est essentiel pour nous et ça passe par la recherche de nouvelles prestations et de nouveaux services »* (direction nationale de l'action sociale de la CNAV).

Ainsi la CNAV a fait évoluer sa politique d'action sociale au fil du temps et des recompositions de l'action publique. Mais si son action d'accompagnement de la politique dépendance était spécifique à cette caisse, le positionnement sur la prévention n'est aujourd'hui plus propre à cette caisse, mais caractérise l'ensemble des institutions de retraite, qui emboîtent le pas de la CNAV et participent à la construction du champ de la prévention. Parmi ses institutions, AGIRC-ARRCO occupe une place centrale.

I.2. AGIRC-ARRCO : acteur pionnier de la prévention

Les politiques nationales de la vieillesse et du vieillissement, et leurs objectifs de maintien à domicile et de prévention en vue du « bien vieillir » se retrouvent également au cœur de l'action sociale des caisses AGIRC-ARRCO, qui avec la CNAV, sont les deux acteurs qui impulsent l'orientation et le cadre de l'action sociale.

Les caisses de retraite complémentaire, tout comme le régime de base, ont développé une action sociale à partir de leurs fonds propres, et ce dès leur origine. La définition de leur politique est déterminée par les administrateurs de chaque institution, dans le cadre de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 qui crée l'AGIRC, et de l'accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961 qui crée l'ARRCO.

L'AGIRC et l'ARRCO sont les régimes de retraite complémentaires obligatoires des salariés du secteur privé. Ils sont nommés complémentaires, car ils viennent en complément de l'assurance retraite et de la mutualité sociale agricole. L'AGIRC, l'association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres gère le régime de retraite complémentaire des cadres du secteur privé de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture. Elle fédère l'ensemble des caisses de retraite AGIRC. L'ARRCO, l'association pour le régime de retraite complémentaire des salariés, gère le régime de retraite complémentaire de l'ensemble des salariés du secteur privé, de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture. Elle fédère l'ensemble des caisses de retraite ARRCO⁸³.

Cette présentation succincte de la fédération AGIRC-ARRCO, les deux régimes ayant réalisé un groupement de moyens pour rationaliser la gestion des deux entités, met en lumière la place prépondérante de cet acteur dans la retraite des français : *« Les régimes de retraite complémentaire couvrent les salariés et retraités du secteur privé. Donc ça représente à peu près 18 millions d'actifs et 11 millions de retraités, et si on compte en foyers, on représente 70 % de la population française et probablement un petit peu plus en nombre de foyers. Et depuis l'origine, il y a une toute petite partie des moyens consacrés au paiement des retraites qui est affectée à l'action sociale »* (direction de l'action sociale AGIRC-ARRCO).

⁸³ Source site internet AGIRC-ARRCO, www.agirc-arrco.fr. Site consulté le 9 mars 2013.

Le nombre très important de ressortissants de caisses de retraite sous l'égide de la fédération donne une enveloppe dédiée à l'action sociale supérieure à celle de la CNAV : *« Aujourd'hui, ça représente un peu moins de 0,6 % des cotisations, donc 0,6 c'est très très faible, mais 0,6 de plusieurs milliards, ça fait 360 millions d'euros annuels consacrés à l'action sociale. Donc ça, c'est ce qu'on appelle la dotation d'action sociale. La dotation qui est allouée dans le cadre des accords des partenaires sociaux, c'est 360 millions en 2012 »* (direction de l'action sociale AGIRC-ARRCO).

Cette institution ne se positionne pas sur une démarche préventive dans les mêmes temporalités que la CNAV. Cette institution a été pionnière dans la prévention. Depuis 1975 en effet, les institutions de retraite complémentaire AGIRC et ARRCO ont développé une réflexion sur une démarche préventive nécessaire aux personnes s'approchant de l'âge de la retraite. AGIRC-ARRCO finance depuis près de 40 ans 17 centres de prévention en France. Chaque centre est financé par la fédération et piloté par une caisse de retraite affiliée. Les centres de prévention représentent l'exemple signifiant de la posture d'AGIRC-ARRCO en matière de prévention : la démarche préventive a été pensée dès 1975 et les premiers centres comme permettant l'expérimentation et l'innovation, notions qui sont encore valorisées aujourd'hui dans sa politique d'action sociale. La prévention a été le moyen de se démarquer de l'action sociale des autres acteurs, notamment les caisses de retraite, tout en révélant de nouveaux besoins par une approche globale de la personne (Saint-Laurent, Dejjardin, 2012 : 122). Le bilan médico-psycho-social est la marque de fabrique de l'action sociale d'AGIRC-ARRCO et permet d'identifier des besoins non couverts qui vont être développés dans la politique d'action sociale, dans le but toujours d'actualité de ne pas être redondant avec les autres acteurs et d'inscrire la politique d'action sociale dans une dynamique d'innovation : *« Les centres de prévention, en France, il n'y a pas d'équivalent. Un centre de prévention, c'est une démarche médico-psycho-sociale, dédiée au plus de 50 ans. En moyenne, les gens qui viennent dans les centres ont 67 ans, et donc ils vont permettre à des personnes de faire une photographie grand-angle à la fois sous l'angle médical, psychologique et sur leurs habitudes de vie, de voir quels sont les atouts qu'elles ont pour bien vieillir »* (direction de l'action sociale AGIRC-ARRCO).

Cependant, la posture de « laboratoire d'idées », revendiquée par les responsables de l'action sociale, paraît aujourd'hui perdre de son contenu, du fait de

l'orientation de la politique d'action sociale vers les mêmes objectifs et finalités que les autres acteurs du champ. Les trois orientations prioritaires pour la période 2009-2013 étaient « *développer la prévention, prolonger l'autonomie à domicile des personnes âgées et accompagner l'autonomie en établissement*⁸⁴ ». Pour la prévention, l'accent était mis sur les centres de prévention et leurs capacités d'expertise. Pour la période 2014-2018, le recentrage sur les politiques nationales fait de l'action sociale d'AGIRC-ARRCO le relais du PNBV : les 4 orientations prioritaires de la politique d'action sociale sont « *donner les clefs du bien vieillir, soutenir le retour à l'emploi des actifs fragiles, aider les aidants familiaux et accompagner le grand âge en perte d'autonomie*⁸⁵ ».

La prévention est désormais arrimée à l'objectif du « bien vieillir » et éloigne AGIRC-ARRCO d'une posture de pionnière et d'innovante en matière de prévention. C'est le mouvement inverse qui se déroule désormais : la réunion des acteurs de l'action sociale gériatrique vers la thématique du « bien vieillir ». Le dernier indice de cette organisation de l'action sociale AGIRC-ARRCO autour de la prévention en vue du « bien vieillir » telle qu'elle se trouve au cœur de l'action sociale de la CNAV et plus largement des politiques nationales de la vieillesse et du vieillissement, se retrouve dans le changement de nom des centres de prévention AGIRC-ARRCO depuis le début de l'année 2014, en « centre bien vieillir AGIRC-ARRCO »⁸⁶.

AGIRC-ARRCO impulse les orientations en matière d'action sociale des caisses de retraite complémentaire ainsi que celle des régimes de base, qui, malgré une autonomie « relative », suivent le mouvement de la prévention. La marge de manœuvre est moins grande encore pour un quatrième acteur du champ de la prévention : les Groupements de Protection Sociale (GPS).

^{84,75} Source site internet action sociale AGIRC-ARRCO : www.agircarrco-actionsociale.fr/sedocumenter/. Site consulté le 3 mars 2014.

⁸⁶ Source : site internet du centre de prévention des alpes (CPA) : www.cpagrenoble.fr
A ce titre, le centre de prévention des alpes (CPA) est un bon exemple de l'évolution et des recompositions de l'action publique gériatrique et du positionnement des différents acteurs de cette action publique. En 1967, le professeur Robert Hugonot, fonde le CESPA, centre d'examen systématiques pour les personnes âgées, soutenu par les CPAM de l'Isère et la ville de Grenoble. En 1982, la vague de la décentralisation entraîne un partenariat avec le conseil général de l'Isère pour favoriser la décentralisation des actions du CESPA. C'est en 1996 que les caisses de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO contractualisent avec le CESPA pour en devenir le financeur. Le CESPA devient ainsi le Centre de Prévention des Alpes AGIRC-ARRCO. Une nouvelle convention sera signée en 2007 avec le conseil général de l'Isère et le CCAS de Grenoble pour étendre les actions du CPA aux 13 territoires du département. En 2012 puis 2014, le CPA, désormais nommé « Centre Bien Vieillir AGIRC-ARRCO », étend ses bilans de préventions santé décentralisés en Savoie, puis Haute-Savoie.

I.3. Le cas d'un régime de base : la CNRACL

À côté du régime général de protection sociale, la sécurité sociale comprend d'autres types de régimes : les régimes autonomes (le RSI, qui gère environ 5,6 millions de chefs d'entreprise et de leurs ayants-droits), les régimes spéciaux (dont l'ensemble prend en charge environ 5 millions de personnes) et le régime agricole (environ 5,6 millions de bénéficiaires également).

Si le régime général, le plus important des régimes de sécurité sociale, a été créé après la seconde guerre mondiale par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, il ne correspond pas au plus ancien. Des systèmes de protection sociale ont en effet vu le jour au cours du 19^{ème} siècle et même avant dans certains secteurs clés assurant des missions d'intérêt général ou de service public : armée, transports, énergie... Ainsi, ce que l'on nomme aujourd'hui « les régimes spéciaux », tout comme le régime agricole, ont précédé de longue date la sécurité sociale. Le caractère précurseur des régimes spéciaux et du régime agricole réside dans les origines anciennes de protections accordées aux salariés de diverses professions assujettis à des contraintes et à des risques particuliers (Pigenet, 2008). Le principal risque couvert la plupart du temps à l'initiative des employeurs paternalistes de professions spécifiques, ou à la marge du fait de revendication ouvrière était le risque vieillesse par l'instauration de caisses de retraite.

La volonté du législateur en 1945 de placer la population dans un même régime de sécurité sociale, par souci d'égalité a fait face au refus des représentants des professions ayant historiquement pris des initiatives particulières d'abandonner leurs systèmes de protection sociale spécifiques à chacune d'entre elles. Bien qu'au cours de la seconde moitié du 20^{ème} siècle, de nombreux régimes spéciaux aient été supprimés et intégrés au régime général, comme ce fut le cas pour les régimes de la compagnie générale des eaux et du crédit foncier de France au début des années 1990, les régimes spéciaux ont réussi à sauvegarder leur mode de fonctionnement lors des délibérations de l'organisation de la future sécurité sociale. Les articles L 711-1 et R711-1 du 8 juin 1946 prévoient que reste soumis à une organisation spéciale de sécurité sociale, une liste de professions et d'administrations jouissant déjà d'un régime spécial.

Pour le monde agricole, il en sera de même à la demande des représentants des milieux agricoles. Leur intégration au régime général aboutirait en effet à « renverser toute l'organisation mutualiste agricole, alors qu'elle a donné des fruits certains »

comme le stipule l'amendement. Du fait du très grand nombre d'affiliés du monde agricole, ce régime deviendra un régime à part entière du système de sécurité sociale.

Pour simplifier la compréhension de ces différents régimes de base, nous proposons la définition suivante : *« Les régimes spéciaux sont des dispositifs de prise en charge – contre certains risques, la vieillesse surtout - applicables aux travailleurs dépendants qui ne relèvent pas de l'agriculture et qui accordent des avantages que l'on ne retrouve pas dans le régime général du fait de contraintes auxquelles les travailleurs de ces professions ont été exposés au cours de leur histoire. Les régimes spéciaux sont également distincts des régimes autonomes qui s'appliquent aux travailleurs indépendants (artisans, commerçant et professions libérales) et qui sont quant à eux d'apparition bien plus récente que les régimes spéciaux (années 1950-1966) »* (Tauran, 2000).

Ces régimes fonctionnent de façon autonome vis-à-vis du régime général, mais dans une autonomie que nous qualifions de « relative », ou d'« encadrée ». Ces régimes développent leur action en fonction de leurs orientations propres décidées paritairement et hors du cadre CNAV, mais sont de plus en plus contraintes par les COG. Nous présentons le cas d'un régime spécial, la CNRACL.

La Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales est le régime spécial de sécurité sociale des fonctionnaires territoriaux et des personnels relevant de la fonction publique hospitalière. La CNRACL est gérée par la Caisse des Dépôts et des Consignations. Elle a été créée par l'ordonnance 45-993 du 17 mai 1945 par décision de l'État afin d'unifier les nombreux régimes particuliers de retraite mis en place par certaines collectivités publiques en faveur de leur personnel au cours du 19^{ème} siècle. La CNRACL s'est dotée en 1978 à la faveur d'une décision de son conseil d'administration d'un fonds d'action sociale, dont le budget est actuellement de 120 millions d'euros, ce qui représente environ 0,65 % des cotisations perçues par la caisse.

À la différence du régime général des retraites et des GPS, les orientations de l'action sociale de la CNRACL sont indépendantes des orientations d'AGIRC-ARRCO, qui impulse une grande partie des directions prises par l'action sociale en direction des retraités et personnes âgées. La politique d'action sociale, extra-légale, est également depuis son origine déconnectée des cadres étatiques, bien que des conventions voient le jour entre cette caisse et la CNAV et les CARSAT. Les modalités de définition de la

politique d'action sociale de cette caisse du régime spécial amènent à une grande autonomie de décision et de gestion : *« Nous je dirai qu'on est autonome. Ce n'est pas un budget de l'état, on ne dépend pas des régions, ni des départements, du conseil général. On est autonome, on a un budget annuel, dont on assure la gestion. Voilà, il n'y a pas de comptes à rendre, malgré la présence des tutelles en séance plénière du conseil d'administration, le budget, la sécurité sociale, qui sont des représentants de l'état. On a des comptes à rendre à nos tutelles, puisqu'elles font partie intégrante des composantes du CA, c'est le principe de la parité. Ils sont là, et ils veillent à ce que certains équilibres soient respectés et que ça colle à ce qui leur semble être bon pour le collectif »* (direction de l'action sociale de la CNRACL).

Cette autonomie est tout de même toute relative, car encadrée par la convention d'objectifs et de gestion (COG), dont la dernière a été conclue en 2010 entre la CNRACL, la Caisse des Dépôts en tant que gestionnaire et l'État. Ce dernier assiste ainsi aux délibérations du CA via 2 commissaires du gouvernement représentant les ministres chargés de la Sécurité Sociale et du Budget, mais sans voix délibérative. Ces membres disposent seulement d'un pouvoir d'opposition aux délibérations du conseil, et assurent ainsi le contrôle de la gestion du régime. Outre ces 2 membres de droit du CA auxquels s'ajoutent également le président du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH) et le président du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale (CSFPT), le CA de la CNRACL est composé de 16 membres titulaires élus qui représentent paritairment les affiliés en activité et à la retraite, et les employeurs. Ainsi sur les 8 administrateurs élus représentant le collège des affiliés, 2 représentent les retraités. Ces derniers sont donc partie prenante dans la définition des orientations de l'action sociale.

Ainsi, bien que l'élaboration de la politique d'action sociale soit autonome et représentative, cette caisse du régime spécial tend à faire évoluer son action et les aides proposées à ses retraités vers les orientations déjà prises par les autres acteurs de l'action sociale. En effet, alors que la COG CNAV-Etat, pour le régime général, réoriente l'action sociale sur la prévention de la dépendance et sur le maintien à domicile, et qu'AGIRC-ARRCO, pour les caisses de retraite complémentaire, retient dans son dernier plan quinquennal 2009-2013 trois axes que sont la prévention, l'aide au maintien à domicile et l'hébergement collectif, la CNRACL *« regarde ce qui se fait*

ailleurs » et souhaite désormais « également favoriser le maintien à domicile et prévenir la dépendance ».

Ainsi la CNRACL semble « coller » aux évolutions du cadre de l'action sociale impulsées par le régime général et par les caisses de retraite complémentaire, comme en témoigne également la volonté nouvelle de la CNRACL de se positionner sur le créneau de la « prévention » duquel elle était absente jusqu'alors : *« On cherche également à placer notre action sociale, peut-être un peu plus en cohérence avec ce que peuvent faire les autres régimes de retraite, pas une forme d'alignement, c'est pas ça l'idée, mais je parle notamment de l'évaluation globale, du recours aux évaluateurs. On essaie nous aussi d'aller vers ça, mais en toile de fond, c'est ça quoi. C'est l'accompagnement, le maintien à domicile, la prévention de la dépendance, et puis l'aide aux plus démunis »* (direction de l'action sociale de la CNRACL).

I.4. L'action sociale des GPS

Un groupe de protection sociale (GPS) comporte au moins une institution de retraite AGIRC, une institution de retraite ARRCO et une institution de prévoyance⁸⁷. Les groupes gèrent ainsi non seulement la retraite complémentaire AGIRC-ARRCO, mais proposent des garanties de prévoyance, des couvertures contre les risques de la vie telles que la garantie incapacité/invalidité de travail, complémentaire santé, épargne retraite, garantie décès, garantie dépendance. Ils peuvent proposer des contrats collectifs aux entreprises pour leurs salariés ou des contrats individuels aux personnes.

Quatre textes instituent la création de ces GPS : l'accord du 24 avril 1996 qui instaure une solidarité financière entre l'AGIRC et l'ARRCO et met en place un corps de règles nouvelles fixant les conditions de fonctionnement des groupes de protection sociale et précisant le rôle et la place des institutions AGIRC et ARRCO au sein de ces groupes ; l'accord de février 2001 qui annonce le regroupement des institutions AGIRC et ARRCO au sein des 25 GPS et crée le GIE qui regroupera les moyens et les services des deux fédérations pour en rationaliser le fonctionnement ; le décret n° 2004-965 du 9 septembre 2004 qui précise les règles de fonctionnement des institutions de retraite complémentaire et de leurs fédérations et enfin l'accord sur la gouvernance des GPS du 8 juillet 2009 redéfinit le champ d'exercice des groupes et leurs modes de fonctionnement.

⁸⁷ Source : www.ag2rlamondiale.fr. Site consulté le 3 mai 2013.

La naissance des groupes de protection sociale contribue au développement d'une strate supplémentaire dans le développement de l'action sociale des organismes paritaires de protection sociale. Du fait de leur composition, les orientations de leur action se trouvent en grande partie dépendantes des orientations d'AGIRC-ARRCO (pour 70 %). Mais chaque caisse de retraite conserve une part d'autonomie de décision et d'orientation de son action sociale dans le cadre des orientations AGIRC-ARRCO et de la politique des GPS.

La prévention est au cœur des nouvelles orientations des GPS. Les actions de prévention développées embrassent des domaines aussi larges que la santé et le « lien social ». Des séjours spécifiques de vacances pour personnes fragiles sont organisés et s'inscrivent dans une perspective de prévention et de développement du lien social. *« Après on fait aussi des séjours prévention, on prend une thématique, par exemple l'équilibre, et on organise une semaine avec de la pratique, de la relaxation... et nos séjours Douceur qui plaisent bien aussi. On s'est rendu compte qu'à un âge, selon la perte d'autonomie des personnes, elles ne partaient plus en vacances parce qu'il n'y avait pas de structure. Ce qui est vraiment apprécié c'est l'accompagnement, ce sont des groupes de 20-25 personnes, avec 2 bénévoles accompagnateurs, et c'est vraiment un séjour adapté, le rythme est lent »* (GPS n° 1). Cette orientation vers la prévention des ruptures du « lien social » comprend tout à la fois un objectif de lutte contre la solitude et l'isolement, mais aussi de maintien de l'insertion des personnes dans la vie de la cité. Certains dispositifs ont cette vocation d'aider les personnes à demeurer en prise avec le monde en proposant des accompagnements sur l'extérieur. Le dispositif sortir + s'inscrit dans cette perspective.

L'axe « prévention » se trouve ainsi désormais au centre de l'action des GPS. Même si cette orientation est relativement novatrice, car liée aux évolutions démographiques ainsi qu'aux transformations des modes de vie des retraités, elle est très normée par le cadre AGIRC-ARRCO : *« Dans l'axe prévention, c'est dans l'obligation de toutes les caisses de retraite, on organise aussi des préparations à la retraite, pour les salariés qui partent à la retraite, elles sont faites à la demande des entreprises, donc pour les plus petites ça peut être aussi des prépas inter-entreprises pour qu'il y ait une dynamique de groupe et suffisamment d'inscrit. Pour les grands groupes, ça peut être à la carte, c'est pareil, tout ça c'est pour préparer un peu l'avenir. Ça peut être sur des questions patrimoniales, comment je vais gérer ma perte*

de ressources, les relations avec le conjoint, la santé, le bénévolat, tout ça... Donc... centre de santé, prévention via les stages de préparation retraite et on a les relais amicaux, qui sont des associations de bénévoles, mais ces relais amicaux sont seulement des associations dédiées aux cadres, y'a pas d'associations dédiées aux non-cadres » (GPS n° 1).

Ainsi, cette première partie fait état des principaux acteurs du champ de la prévention, dont certains se sont déplacés du champ de la dépendance vers celui de sa prévention. Les partenariats et les conventions qui s'établissent tendent à uniformiser les orientations des fonds d'action sociale des caisses de retraite et GPS vers la prévention de la dépendance. Si certains comme la CNRACL disposent d'une plus grande marge de manœuvre dans la définition de sa politique d'action sociale, par rapport aux GPS notamment, tous ces acteurs principaux sont dans une situation d'« autonomie encadrée » par la tête de pont du champ de la prévention : la fédération des caisses complémentaire AGIRC-ARRCO. La prévention demande cependant à ses promoteurs de développer de nouvelles offres de services et de nouvelles formes d'intervention, couplées aux formes « traditionnelles » de l'action sociale.

II. Des actions de prévention sociale orientées vers les plus fragiles des retraités

Les acteurs présentés dans le premier point mènent essentiellement des actions de prévention sociale, couplant à leurs interventions traditionnelles d'action sociale individuelle des actions collectives. Nous avons donc privilégié ces acteurs « centraux », qui ont un rôle moteur dans la mise en place d'action de prévention de la dépendance au travers de l'action sociale. La prévention dans le domaine de la santé est du ressort des acteurs de santé, mutuelles et Agences Régionales de Santé (ARS) en particulier, qui interviennent dans le but de promouvoir et de développer l'offre de services de santé, des actions de prévention et d'éducation à la santé, de préserver le capital santé des populations ou des groupes ciblés, et de solvabiliser l'accès aux soins et aux services de santé (Gucher, Mansanti, Guillaud, Mollier et Alvarez, 2012 : 65).

Les transformations des orientations de l'action sociale des caisses de retraite liées à la décentralisation et au positionnement du département comme acteur clef de

l'accompagnement des parcours de dépendance des personnes, mais aussi à l'intervention plus forte de l'État et à la naissance des GPS, questionnent la définition, voire la redéfinition de l'action sociale.

En effet, l'action sociale se définit traditionnellement comme une intervention facultative et souvent extralégale, par opposition à l'aide sociale qui revêt un caractère obligatoire pour les autorités publiques (Borgetto et Lafore, 2009). Les évolutions de l'action des caisses qui deviennent désormais soumises aux contraintes d'un cadre étatique déterminé au niveau national, sont donc de nature à remettre en question les fondements mêmes de cette action sociale, en ce que leur aspect facultatif s'estompe au profit d'un cadre national prédéterminé.

Les processus de définition des publics de l'action sociale des caisses paraissent également avoir fortement évolué. En effet, alors que le critère essentiel d'intervention a pendant longtemps été la faiblesse des ressources des pensionnés, les entretiens menés auprès des responsables actuels de l'action sociale des caisses de retraite ainsi qu'auprès des travailleurs sociaux qui élaborent des plans d'aide ou des ateliers de prévention, font apparaître une relégation certaine de ce critère au profit de celui de la fragilité, définie en interne selon certains critères de ressources, de situation familiale, de réseau social, de logement et de santé précaire (Perinel, 2008). Ce sont alors des actions visant la normalisation des comportements des personnes « fragiles » qui sont développées.

II.1. L'action sociale traditionnelle en recul : des actions individuelles aux actions collectives

II.1.1. L'action sociale individuelle, dans la tradition de la politique des modes de vie

Les acteurs pionniers de l'action sociale, à savoir la CNAV et les caisses de retraite complémentaire, inscrivent une partie de leurs actions de prévention dans la longue trame de prévention sociale issue des préconisations du rapport Laroque qui ciblait le maintien à domicile comme objectif prioritaire. Ces institutions ont ainsi une expérience d'un demi-siècle dans l'intervention au domicile pour faciliter le quotidien des personnes âgées. La CNAV continue ainsi à dispenser des aides individuelles, essentiellement constituées de l'aide-ménagère à domicile, à hauteur de 80 % de son fonds d'action sociale (Périnel, 2008), tout en diversifiant ses interventions au domicile,

avec le portage de repas, l'accompagnement lors de sorties, et le soutien à l'achat d'aides techniques pour le domicile (direction nationale de l'action sociale de la CNAV). Le budget le plus important de la CNAV est toujours dédié à ces interventions « classiques » et historiques de maintien à domicile : « *ça représente 245 millions sur l'aide à domicile et 18 millions sur l'évaluation des besoins* », précise le membre de la direction de l'action sociale rencontré.

Une notice de 2013 destinée à aider les ressortissants du régime général à remplir une « demande d'aide pour bien vieillir chez soi » au fonds d'action sociale, complète les propos recueillis lors de l'entretien. Ces sont les aides individuelles traditionnelles qui sont proposées aux ressortissants.

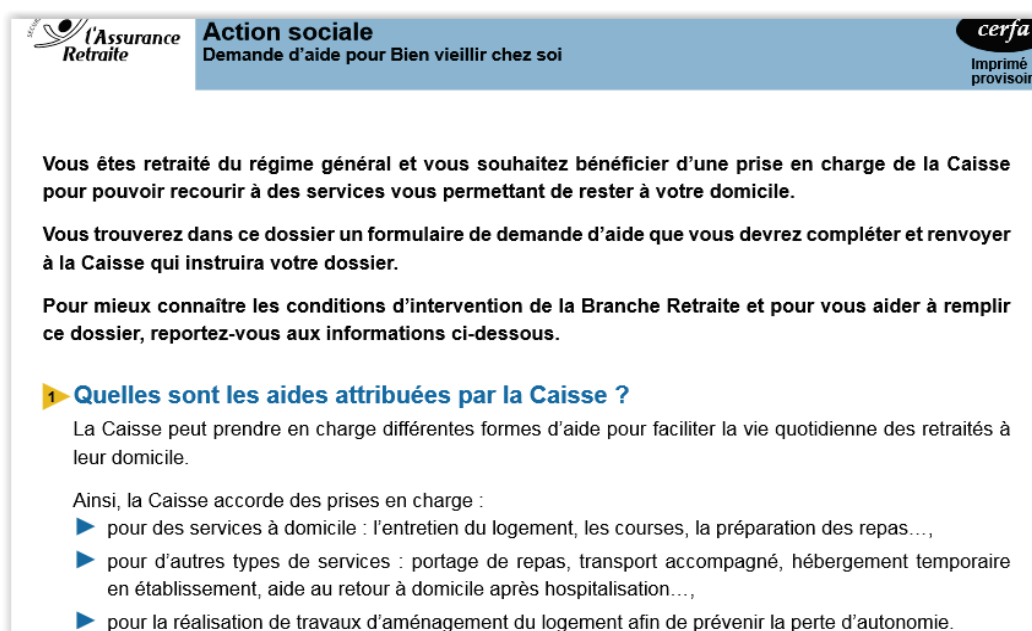


Figure 3 : Capture d'écran du site de la CNAV, www.lassuranceretraite.fr

AGIRC-ARRCO, dans le même esprit, poursuit l'action historiquement emblématique des caisses de retraite complémentaire : les centres de prévention. Inscrits dans une logique préventive individuelle, les bilans multicritères sont aujourd'hui la marque de fabrique d'AGIRC-ARRCO : « *Les centres de prévention, en France, il n'y a pas d'équivalent. C'est pas faute d'essayer de le développer, mais pour l'instant il n'y en a pas* » (direction de l'action sociale AGIRC-ARRCO). Au-delà des pensions versées aux anciens salariés, les institutions de retraite complémentaire continuent de financer les centres de prévention qui dispensent un bilan individuel médico-psycho-social aux personnes qui en font la demande. À partir de 50 ans, il est donc possible de « *faire un point sur sa situation, de façon globale, afin de mieux appréhender le*

vieillesse et les problèmes que ça peut poser » (direction de l'action sociale AGIRC-ARRCO).

À côté de cette prestation phare, AGIRC-ARRCO propose d'autres actions individuelles. Le dispositif « Sortir + » notamment permet à celles et ceux qui en font la demande d'être accompagnés pour faire les courses, aller chez le coiffeur, rendre visite à des amis ou à des parents. Mis en place pour favoriser la poursuite d'activités hors du domicile, « Sortir + » s'inscrit dans la perspective de prévention des ruptures du « lien social »⁸⁸ et comprend à la fois un objectif de lutte contre la solitude et l'isolement, mais aussi de maintien de l'insertion des personnes dans la vie de la cité. Ces actions individuelles, développées par la CNAV et AGIRC-ARRCO, perpétuent ainsi l'optique sociale de la prévention depuis les premières pierres de la politique vieillesse.

Le fonds d'action sociale de la CNRACL, créé en 1978, avait à son origine la vocation, comme pour les caisses de retraite du régime général et les caisses de retraite complémentaire, de venir en aide aux retraités les plus précaires, aux plus faibles revenus, par l'octroi d'aides financières individuelles. Ce genre de prestations, « traditionnelles » de l'action sociale est toujours d'actualité à la CNRACL et représente la première famille d'aide à laquelle peut recourir le retraité de la caisse : *« Depuis 1978, la CNRACL a souhaité que son régime soit doté d'un fonds qui avait pour vocation d'aider les retraités qui avaient les plus faibles revenus. À la base, c'est ça, c'est toujours le cas actuellement [...] Au début, c'était essentiellement des aides, c'est toujours le cas d'ailleurs, financières, mais axées sur les dépenses de consommation, de chauffage, de santé »* (direction de l'action sociale de la CNRACL). Ainsi l'aide au paiement des frais de santé, à la mutuelle, aux factures d'énergie *« sont des aides classiques, individuelles »* et sont pensées dans la logique de maintien à domicile. Ces prestations se font sur demande du retraité, directement à sa caisse de retraite, et l'aide est attribuée ou non suivant les conditions de ressources. Dans ce même axe du maintien à domicile intervient la seconde famille d'aide, symbolisée autour de la prestation d'aide-ménagère, prestation également « classique » de l'action sociale depuis les préconisations du rapport Laroque de 1962. Les dossiers sont gérés directement par les services d'aide-ménagères.

⁸⁸ <http://www.agircarrco-actionssociale.fr/orienter-nos-actions/developper-la-prevention/le-service-sortir-plus/> site consulté le 3 mars 2014.

La CNRACL met également dans cette logique de maintien à domicile une troisième famille d'aide nommée « *les aides exceptionnelles, qui ont vocation à faire face à une détresse financière, une charge imprévisible, véritablement préjudiciable pour le demandeur alors que les autres aides ne peuvent pas y faire face. Des frais d'obsèques d'un proche dont on a du mal à assurer le financement, par exemple* » (direction de l'action sociale de la CNRACL). Des prêts sociaux peuvent également être accordés, sans frais de dossiers ni de gestion, aux retraités faisant face à une dépense imprévue, et ce pour les retraités de la caisse jusqu'à 80 ans. Ces aides exceptionnelles sont quant à elles attribuées à la suite d'un rapport motivé d'un intervenant social.

Les aides individuelles, sous forme de transferts financiers ou d'aide-ménagère, représentent donc toujours une part importante de l'action sociale de la CNRACL, mais sont désormais pensées comme une famille d'aide au service de l'objectif de maintien à domicile : « - *Donc en termes d'activités, c'est ce que vous me disiez tout à l'heure, ce sont les missions de maintien à domicile et de prévention ?* Mr R. : *Voilà, et autour de ces deux missions s'articulent deux familles d'aides. Une première famille liée aux aides financières aux retraités qui ont les revenus les plus faibles. On a toute une palette d'aides qui vont de l'aide santé, frais de santé, à l'aide mutuelle en passant par l'aide énergie, l'aide scolaire, l'aide hébergement, l'aide équipement ménager, vacances, voyez c'est assez vaste. Tout ça est bien évidemment soumis à condition de ressources. Ça ce sont les premières aides qui s'inscrivent dans le premier objectif.*

- *Ce sont finalement des aides individuelles, classiques de l'action sociale c'est ça ?* Mr R. : *Oui, c'est vrai. Ce sont des aides classiques, individuelles. La deuxième famille des aides liées au maintien à domicile, vous allez trouver évidemment l'aide-ménagère, les aides amélioration et adaptation de l'habitat* » (direction de l'action sociale de la CNRACL).

L'action sociale traditionnelle, sur son versant social, est majoritairement centrée sur des objectifs anciens de maintien à domicile, et d'amélioration des conditions de vie au domicile. Ce sont cependant les acteurs historiques de l'action sociale, ceux convoqués par le rapport Laroque et la politique qui en a suivi, qui maintiennent une part d'action individuelle, en capitalisant sur l'expérience acquise dans le champ de l'action sociale en direction des retraités et personnes âgées. Le champ de la prévention de la dépendance qui se construit introduit de nouveaux acteurs, comme les GPS, qui

n'ont pas d'activités traditionnelles propres, et de nouvelles actions non plus individuelles, mais collectives, comme les conférences et ateliers du « Bien vieillir ». Ces modifications amènent à repenser l'action sociale telle qu'elle s'est développée à l'origine des régimes de retraite.

II.1.2. La prévention dans des actions collectives

Cette action sociale dite « traditionnelle » est désormais pensée en lien avec un objectif valorisé par le cadre national d'action d'AGIRC-ARRCO. Ce sont les actions collectives d'accompagnement et de soutien des personnes qui signent un recul des prestations individuelles classiques, formées autour du maintien à domicile par l'octroi de prestations financières et de subventionnements. Les représentants des GPS attestent tous de la prédominance actuelle de l'action collective sur l'action individuelle, normée par le cadre AGIRC-ARRCO : *« Donc on a ce cadre prestation individuelle, où là on est plutôt sur de la redistribution, concrètement, avec un cadre d'intervention défini. On a ce référentiel pour les aides financières, mais on a aussi cette mission « écoute, conseil, orientation » et on a tout ce qui concerne l'approche collective. Là, ça va être les conférences d'information, ça va être des ateliers de prévention. Le collectif, on est obligé d'en faire de toute façon, c'est une obligation que chacun en fasse. On est sous tutelle d'AGIRC-ARRCO qui impulse un certain nombre de choses, et notamment c'est de faire des actions collectives, comme je vous dis, des ateliers, des conférences d'information, tout ça... »* (GPS n° 1).

Cette orientation novatrice est liée à la fois au cadre AGIRC-ARRCO, mais présente un intérêt pour les institutions qui les portent, car les actions collectives permettent de « toucher » un public plus nombreux qu'à travers les seules aides individualisées et de rationaliser les dépenses budgétaires. La baisse des budgets d'action sociale est un argument avancé pour légitimer l'accroissement de la part des actions collectives : *« On voit bien aujourd'hui, il y a quand même une tendance forte, assez lourde, à la réduction des budgets d'action sociale. C'est pas propre aux régimes de retraite, mais c'est pour ça qu'on oriente plus l'action sociale vers des approches collectives. Comme on pourra pas donner à tout le monde, et que l'objectif c'est quand même d'essayer de faire quelque chose qui profite au plus grand nombre, ben l'idée c'est d'apporter des prestations qui sont pas nécessairement des prestations monétaires, parce qu'après tout on peut aider les gens autrement qu'en leur donnant de*

l'argent. En les éduquant par exemple, sur les notions de surendettement pour éviter qu'ils se trouvent dans cette situation, sur l'alimentation dans le vieillissement, sur la prévention des chutes. C'est pour montrer qu'on peut faire un certain nombre de choses, et on est pas toujours obligé de donner de l'argent. Surtout que quand on donne de l'argent, souvent, ça sert à rien, parce que le problème est tel, que c'est pas parce qu'on va donner 500 ou 1 000 euros, qu'on va régler la situation de la personne. L'intérêt de l'action sociale collective, c'est que quelque part ça va pouvoir donner de l'accompagnement à tout le monde » (GPS n° 2).

Les actions collectives se pensent donc dans une logique d'accompagnement des personnes âgées dans leurs parcours de vieillissement. Désormais, les acteurs de l'action sociale en direction des retraités et personnes âgées proposent des conférences et ateliers ouverts à tous, à chaque étape du vieillissement : la CNAV, AGIRC-ARRCO, les GPS élaborent en partenariat ou seules des sessions de préparation à la retraite. Cette offre est diversifiée et propose à la fois des stages, des sessions, des formations ou des cours. Deux tendances ressortent de ces actions collectives (Bourdessol, Dupont, Pin *et al.*, 2011 : 48) :

- des sessions autour de la notion du « bien vieillir », où est évoquée la préparation à la retraite, au travers des « ateliers du bien vieillir », des cours sur « bien vieillir avec ses cinq sens » ou sur « bien vieillir à domicile »... ;

- des sessions spécifiques sur la préparation à la retraite, avec quelques exemples de thèmes abordés : « s'adapter au temps de la retraite », « stage de préparation à la cessation d'activité professionnelle », « la retraite, une autre manière de vivre »...

Pour les retraités plus âgés et qui ont déjà passé le stade de la cessation d'activités, ce sont alors des ateliers sur des thèmes spécifiques qui sont proposés aux ressortissants des caisses de retraite. AGIRC-ARRCO propose par exemple, à la suite des bilans individuels dans les centres de prévention, d'orienter les personnes vers des ateliers ou des conférences sur des problématiques spécifiques du vieillissement : prévention des chutes, atelier du bien manger, atelier mémoire, etc... : *« On va leur proposer à l'issue de cette première phase (les bilans individuels) des conférences et surtout des ateliers. Et ces ateliers, ben c'est Mme Dupont qui va être super angoissée sur la mémoire, mais qui n'a aucun trouble de la mémoire identifié, on va lui proposer*

des ateliers mémoire pour qu'elle apprenne à stimuler sa mémoire » (direction de l'action sociale AGIRC-ARRCO).

Tous les acteurs s'accordent sur le fait que les actions collectives prennent désormais le pas sur les actions individuelles, opérant ainsi un renversement des priorités de l'action sociale gériatrique : « *Vous m'avez posé la question de l'importance croissante des actions collectives. Ben oui. Plus de la moitié de nos actions sont des actions collectives* » (direction de l'action sociale AGIRC-ARRCO). Mais si chaque acteur justifie la part croissante des actions collectives par le fait que cela permet de viser l'ensemble de leurs ressortissants – « *la cible de la prévention est très large, elle vise l'ensemble de nos retraités* » (entretien direction de l'action sociale de la CNAV) – ce choix d'agir non seulement sur des individus, mais aussi sur des groupes d'individus se fonde sur une volonté d'intervenir prioritairement sur une catégorie particulière des retraités et personnes âgées : le critère qui revient dans les discours à la fois des promoteurs de l'action sociale et des travailleurs sociaux, qui sur le terrain travaillent avec les bénéficiaires de l'action sociale, est celui de la fragilité. Dans le même mouvement d'évolution de la logique de l'action sociale vers le collectif et l'ensemble des retraités se loge l'objectif de cibler les mesures et programmes d'action sur cet ensemble indéterminé des « fragiles ».

Les évolutions que connaît l'action sociale gériatrique, depuis la réorientation des caisses de retraite du régime général et complémentaire vers la prévention, amènent à la construction d'un champ de la prévention et à une reconfiguration du panorama contemporain de l'action sociale en direction des retraités et personnes âgées. La redéfinition des rôles et champs d'action des acteurs historiques et l'arrivée de nouveaux acteurs comme les GPS tendent à une homogénéisation des politiques d'action sociale gériatrique, fortement contraintes par le cadre étatique et normées par la fédération AGIRC-ARRCO. Les critères d'interventions évoluent également : l'action sociale ne semble plus avoir vocation à réduire les inégalités et à les compenser, mais à prévenir les situations potentiellement problématiques qui surviennent avec l'avancée en âge et qui fragilisent le parcours de vie des individus vieillissants qui disposent de faibles ressources économiques, sociales, relationnelles, matérielles.

II.2. La normalisation des modes de vie dans le parcours de vieillissement des plus « fragiles »

II.2.1. Fragilités

Lors des entretiens menés avec les responsables de l'action sociale des caisses de retraite et GPS, mais aussi avec les personnes qui, au plus près des individus, élaborent les plans d'aide, interviennent au domicile des personnes ou élaborent des formations ou ateliers sur la prévention et le bien vieillir, un terme revient invariablement pour qualifier la cible prioritaire de l'action sociale : celui de la fragilité, des personnes fragiles.

Comme le remarque Bernard Ennuyer en 2004, *« une nouvelle notion est utilisée de plus en plus souvent pour qualifier le vieillissement de certaines personnes dites âgées. On parle alors de « personnes âgées fragiles », voire du concept de fragilité »*. Ce terme s'est imposé dans les politiques gérontologiques à la suite de la segmentation du champ de la dépendance, et l'ouverture de *carrières* possibles⁸⁹. Suite à la loi sur l'APA de 2001, la CNAV s'est positionnée sur les GIR 5 et 6, en axant sa politique d'aide-ménagère sur cette population, aux portes de la dépendance. La fragilité est alors inscrite dans le même paradigme biomédical que la dépendance (Finielz et Piotet, 2009).

Il faut dire que cette nouvelle problématique avait été alors étudiée essentiellement par la discipline gériatrique. L'abondante documentation ayant trait à la fragilité se traduit par un nombre de publications gériatriques et médicales ayant augmenté de façon exponentielle : les chiffres donnés par Bergman en 2004 situaient un passage de 36 publications entre 1986 et 2000 à plus de 1 100 entre 2000 et 2004 (Bergman *et al.*, 2004). La revue de la littérature gériatrique propose plus de 300 définitions de la fragilité (Blanchard, 2004). En 1993, le gériatre William Bortz proposait une définition de la fragilité comme résultant d'une perte d'énergie et de vitalité sous l'effet de la conjonction de deux facteurs : l'un évitable, les effets de la maladie ou de dysfonctionnements touchant le corps ; l'autre inévitable, l'âge et ses effets sur la santé (Bortz, 1993). Bien que pour certains, l'âge n'intervienne pas dans la définition de la fragilité (Kay, 1989), l'un ou l'autre de ces facteurs est systématiquement présent dans son appréhension : ainsi pour Kay, *« il suffit d'être*

⁸⁹ Cf. chapitre 2, partie III.2.

dépendant [d'institution ou de personnes] pour les activités de la vie quotidienne pour être considéré comme fragile ». On retrouve dans les définitions apportées la présence de termes issus du registre biomédical, reliés au processus de vieillissement physique : comorbidités multiples, chutes, confusion, incontinence, affections chroniques, maladies chroniques, polymédication, perte des réserves physiologiques, atteintes fonctionnelles liées à l'âge... Il ressort de la revue de la littérature que :

- la fragilité est un concept multidimensionnel, ou multifactoriel avec une interaction d'au moins 4 facteurs : physiques, neuropsychologiques, sociaux et environnementaux ;
- la fragilité est un phénomène lié à la sénescence, c'est-à-dire au vieillissement de l'organisme. Ainsi, si la fragilité n'est pas un attribut exclusivement réservé aux personnes âgées, ce serait un phénomène que l'on rencontre dans la majorité des cas chez des sujets âgés qui sont plus souvent confrontés à l'augmentation de la fréquence des maladies chroniques que leurs contemporains plus jeunes ;
- enfin, la fragilité est un phénomène dynamique, évolutif et instable.

Face à la difficulté d'appliquer un tel modèle biomédical à la population des GIR 5 et 6 et du fait de la labilité de la frontière entre « fragilité » et « dépendance » (Alvarez, 2011), la CNAV missionne désormais des équipes universitaires pour apporter une définition couvrant l'ensemble des fragilités qui impactent les trajectoires individuelles de vieillissement : « *On a engagé des travaux sérieux avec le pôle de gériatrie de Dijon et celui de Toulouse sur les aspects de la fragilité* » (direction nationale de l'action sociale de la CNAV). La CNAV met également en place des observatoires des fragilités à l'échelle de chaque CARSAT dans le but « *d'améliorer le dépistage des premiers signes de fragilité en amont de la perte d'autonomie et d'organiser un ciblage des actions de prévention vers les populations les plus vulnérables* » (Sanchez, 2012 : 9). La fragilité est confondue avec la vulnérabilité, ce qui témoigne de la volonté d'élargir les critères de la fragilité aux aspects sociaux et environnementaux de la vie des personnes âgées. Entre ces deux termes existe en effet une parenté, historiquement liée aux catégories sociales faisant face à une nouvelle forme de pauvreté qu'est la précarité, situation chronique ou temporaire de pauvreté et d'exclusion (Thomas, 1997).

Apparue au début des années 1980, période de rupture économique et sociale, pour qualifier les catégories de personnes pauvres et précaires, la vulnérabilité est devenue une composante nouvelle dans la classification de l'exclusion sociale. Des indices de mesure de cette vulnérabilité vont voir le jour à partir des indices de pauvreté existants alors. L'évolution du visage de la pauvreté demande en effet de prendre en compte le phénomène d'incertitude, qui caractérise les personnes précaires, rendues vulnérables, ou encore fragiles, du fait de l'incertitude et de l'instabilité de leur revenu (Thomas, 2010). Synonymes, vulnérabilité et fragilité sont des termes au départ reliés à la dimension économique et font leur apparition à la fin les années 1980 dans le langage des politiques sociales ayant trait aux phénomènes d'exclusion et de pauvreté, mais pas seulement. Le terme vulnérabilité était déjà employé dans la littérature psychologique, psychiatrique, pédiatrique et psychanalytique d'une part et gériatrique d'autre part sous son synonyme de fragilité depuis les années 1970. Le champ médical avait ainsi corrélé ces termes aux facteurs de stress et de risques, d'imprévisibilité et d'imprévoyance (Alvarez, 2012 : 204). Sciences médicales, humaines et sociales se rejoignent donc dans le processus de propagation de ces notions qualifiées par Hélène Thomas (2008) de « notions éponges ». En travaillant sur l'*épistémè* de la vulnérabilité, elle montre que ce terme, et ses synonymes que sont la fragilité et la précarité, « *sont mobilisés dans leur usage expert et savant, pour d'une part décrire et étalonner des degrés, et d'autre part pour expliquer des processus sociaux de vulnérabilisation, de fragilisation et de précarisation, promues comme concepts indispensables à l'empirie par les analystes du social en dépit de leur caractère métaphorique et approximatif qui pour les définir reviennent à leur étymologie* ». En d'autres termes, l'utilisation de ces notions semble être une manière de nommer tout en croyant analyser.

Au départ réservée aux personnes qui à la suite de l'évaluation de leur degré d'autonomie ne sont pas catégorisées comme dépendantes, la notion de « fragilité » est désormais utilisée pour désigner la situation de toutes les personnes âgées qui font face au risque de dépendance. Bien que certaines études gérontologiques traitent de la fragilité comme un statut de santé du grand âge, intermédiaire entre indépendance et dépendance (Lalivie d'Epina et Spini, 2008), la fragilité n'est plus adossée au seul registre sanitaire. Il est temps de se demander quelle réalité recouvre ce terme dans l'élaboration des programmes de prévention et dans l'esprit des acteurs de l'action sociale. Qu'est-ce qui participe selon eux d'un possible état de fragilité ? Quels sont les

déterminants de la fragilité telle qu'elle se définit dans le champ de la prévention de la dépendance ?

II.2.2. Les critères de la fragilité dans le champ de la prévention

La filiation de la notion de fragilité avec celle de vulnérabilité se retrouve dans la définition implicite que donne le champ de l'action sociale à la fragilité. Même si cette notion ne reçoit pas de définition précise, il semble qu'elle embrasse des critères divers pour définir les cibles prioritaires de la prévention, que ce soit pour les actions individuelles et collectives de prévention : outre l'état de santé, les conditions de vie socio-économiques et les ruptures dans le parcours de vie sont convoquées tout autant par les promoteurs de l'action sociale que par les personnes qui, sur le terrain, mettent en place concrètement les actions au plus près des personnes.

Il faut dire que, malgré la diversification des acteurs, une certaine homogénéisation des politiques d'action sociale des institutions de retraite se fait jour, à travers le renforcement d'un cadre étatique contraignant. Cela entraîne un travail de partenariat important avec ceux que l'on nomme les « animateurs de la prévention », comme les membres des équipes évaluatives des conseils généraux qui élaborent les plans d'aide ou les travailleurs sociaux qui organisent les manifestations de prévention.

L'établissement de plans d'aide personnalisée, et en amont l'évaluation des besoins des personnes sont réalisés chez les institutions de retraite et les GPS par les évaluateurs CARSAT, ou par les évaluateurs des EMS des conseils généraux : *« L'évaluation globale des besoins des retraités, à partir d'octobre, elle va se faire en partenariat avec 3 CARSAT. On propose l'évaluation globale individualisée, par les évaluateurs CARSAT, qui sont directement en lien avec les associations d'aide-ménagère. Au total, on a signé une convention avec la CNAV, et avec les associations d'aide-ménagère qui établissent les dossiers pour nous »* (direction de l'action sociale de la CNRACL). Lorsque les caisses de retraite, comme la CNRACL, n'ont pas de réseaux territoriaux, les relais deviennent les acteurs locaux de la prise en charge des personnes âgées : les évaluateurs de la CARSAT sont alors directement en lien avec structures d'aides et/ou de soins.

Lorsque l'institution est implantée sur les territoires, les partenariats avec les intervenants sociaux des collectivités territoriales permettent une complémentarité dans

la prise en charge et l'évaluation des besoins : *« Nous, on est sur les territoires donc forcément, on agit en complémentarité avec les CARSAT ou les CCAS. Si au cours d'un rendez-vous avec un retraité, ils constatent qu'il a tel ou tel besoin, d'ordre financier ou pour de l'information sur la prévention, ils vont soit orienter le retraité vers nous, soit vers la déléguée sociale. Comme on est inséré dans les territoires, on va pouvoir s'en occuper ensemble. Eux, ils nous informent qu'un retraité a besoin d'un dossier, et ils évaluent et mettent en place les solutions adéquates. [...] Je pense que l'action sociale, c'est aussi par le terrain, c'est-à-dire le bouche à oreille, la manière dont on travaille en partenariat localement, pour travailler autour d'une situation comme on le fait dans le travail social classique »* (GPS n° 1).

Les partenariats avec les acteurs de terrain deviennent pour les institutions de retraite et GPS nécessaires face au mouvement de composition du champ de la prévention de la dépendance : *« On a de multiples partenaires, avec d'autres caisses professionnelles, avec même on va dire dans le cadre plus large que celui d'AGIRC-ARRCO. On est de plus en plus amené à travailler les uns avec les autres, parce que quand on vous dit que 70 % de votre action sociale, elle doit être réalisée dans le cadre des orientations stratégiques, ça veut dire qu'on a déterminé dans ce cadre-là un certain nombre de dispositifs, voire de prestations, et que pour les mettre en œuvre, la collaboration sur le terrain c'est quand même la manière la plus efficace de le réaliser. Donc on est quand même amené à travailler de plus en plus tous ensemble, ce qui est une bonne chose. Je pense de toute façon que c'est une nécessité à long terme, au vu de l'orientation commune des caisses de retraite »* (GPS n° 2).

Ce travail en synergie demande de s'accorder sur les cibles prioritaires de l'action sociale et donc sur les critères de définition de la fragilité. À ce titre, une grande similitude apparaît dans les entretiens réalisés auprès des promoteurs de la prévention et des intervenants sociaux au plan local. Ainsi la cible de l'action sociale de la CNAV est constituée *« par les retraités qui connaissent des difficultés dans leur vie quotidienne, en raison de leur isolement social, de leurs conditions de vie ou de leur niveau de ressources »*⁹⁰. Cet élément économique, du niveau de ressources des retraités est le premier critère pour définir la fragilité et permet d'effectuer une première opération de tri parmi l'ensemble des ressortissants des caisses. La CNAV diffuse les propositions

⁹⁰ Source santé.gouv.fr. Site consulté le 30 mai 2014.

d'ateliers du bien vieillir, de conférences ou d'évaluations des besoins prioritairement aux plus précaires de ses retraités. Actions individuelles – évaluation des besoins, heures d'aide-ménagère – et collectives – ateliers, session de formation, etc. – sont certes pensées et proposées à l'ensemble de la population âgée, mais particulièrement auprès des individus dont les conditions de vie paraissent être plus délicates : *« Pour cibler les plus fragiles, on fait du pré-ciblage administratif. Chaque CARSAT prend comme critère les ressources, le niveau de ressources de l'individu ou du ménage et ensuite on affine en regardant si il y a eu une hospitalisation dans les six derniers mois, des chutes, on regarde l'environnement social pour repérer des situations de ruptures sociales, notamment avec les proches. [...] L'action sociale a la vocation de faire de la prévention de la dépendance pour tous les retraités, mais de manière différenciée selon le niveau de précarité. L'action sociale intervient plus pour les plus précaires »* (direction nationale de l'action sociale de la CNAV). Dans le dossier à remplir pour faire une demande d'aide au fonds d'action sociale de la CNAV⁹¹, intitulé « Demande d'aide pour bien vieillir chez soi », les points à renseigner se résument à : la déclaration de revenus, et quelques items sur le nombre de contacts hebdomadaires avec famille ou amis, sur des changements importants survenus dans la vie des personnes, dans une préoccupation de lien social donc, et quelques items sur l'évolution de la santé sur les 6 derniers mois.

Cette volonté de développer le discours de la prévention et d'agir concrètement en ce sens vers les plus fragiles n'est pas imposée par la fédération AGIRC-ARRCO. D'une manière générale, l'action sociale d'AGIRC-ARRCO, si elle donne une grande partie des orientations que doivent suivre les caisses de retraite complémentaire et les GPS, vise l'ensemble des ressortissants, dans une perspective de prévention et de bien vieillir, plutôt que dans une optique de prise en compte de difficultés sociales avérées (Gucher *et al.*, 2012 : 50). Lors de l'entretien réalisé avec la direction nationale de l'action sociale de la fédération, aucune mention ne sera faite aux questions de ressources, de précarité, ni même de fragilité. Il apparaît que cette notion est pensée chez cet acteur avant tout dans sa dimension gériatrique : *« Des études en cours permettront de mieux appréhender les critères du vieillissement réussi ainsi que ceux permettant de détecter les sujets à risque de fragilité en suivant l'évolution de leur état de santé »* (Saint Laurent et Dejardin, 2012 : 126). Cela se comprend à l'aune de la

⁹¹ www.lassuranceretraite.fr. Site consulté le 30 mai 2014.

démarche engagée depuis la création des centres de prévention d'AGIRC-ARRCO en 1975 d'ouvrir à tous les anciens salariés des institutions de retraite complémentaire les portes de centre de prévention pour un bilan individuel. À partir de l'étude complète de la situation de la personne, une ordonnance de prévention spécifique est délivrée, afin de mettre en accord de la façon la plus cohérente possible les informations, les actions et le destinataire.

La dotation de l'action sociale est cependant inégalement répartie entre AGIRC et ARRCO et s'explique par les publics différents, qui n'ont pas les mêmes besoins en matière d'action sociale : « *La dotation d'action sociale, c'est 360 millions en 2012. C'est 100 millions pour les cadres, pour l'AGIRC, et 260 millions pour les ouvriers. L'ARRCO est mieux dotée parce qu'il y a plus de besoins en matière de santé chez les ouvriers, mais on œuvre pour tout le monde sans distinction. [...] L'accent est mis sur le régime des ouvriers, comme vous le voyez. Ce n'est pas illogique que depuis leurs origines, les administrateurs décident de doter de façon plus conséquente le régime des salariés par rapport aux cadres, qui avaient moins de problèmes, notamment financiers, et surtout moins de soucis de santé avec l'avancée en âge* » (direction de l'action sociale AGIRC-ARRCO).

Les centres de prévention agissent donc comme centre de tri et d'orientation en fonction des difficultés soulevées lors de l'entretien individuel et des examens de santé. Chez les autres opérateurs, comme le fait la CNAV, un « pré-ciblage » est effectué à la lecture des dossiers, et les mêmes éléments de précarité potentielle sont convoqués, bien qu'ils représentent une condition nécessaire, mais plus suffisante : « *Quand notre déléguée sociale nous appelle pour un dossier, c'est d'abord parce que c'est un dossier qui remplit les conditions de ressources. Mais les conditions de ressources, c'est un peu réducteur je pense. Je pense qu'il faut affiner la grille, pour revoir les conditions d'attribution des aides. Les ressources doivent rester premières, mais il faut tenir compte des relations, notamment avec le conjoint, c'est le lien social quoi, et ce qui risque de perturber ce lien social, les chutes, les événements particuliers, tout ça. [...] C'est multicritère* » (GPS n° 1).

Malgré le mouvement de sanitatisation du social (Fassin, 1998)⁹², les intervenants sociaux qui dispensent les actions individuelles comme collectives *in situ*

⁹² Cf. chapitre 3, partie II.1.

s'inscrivent dans la logique sociale qui constitue leur cœur de métier (Bresson, 2006), et reprennent la logique de la définition de la fragilité. Les personnes interrogées, une assistance sociale de la CARSAT qui participe au programme Atoo et une assistante sociale du service autonomie du conseil général de l'Isère qui évalue et élabore des plans d'aide, plaident pour une prévention ciblée vers les plus « fragiles », orientant la définition du terme vers les aspects sociaux de leur avancée en âge : *« Le principe du programme Atoo, c'est que les retraités s'autoévaluent dans un premier temps, en remplissant un questionnaire. Les questions elles sont centrées sur le lien social, sur la santé, sur comment occuper sa retraite. Ensuite, chaque retraité est reçu individuellement pour qu'on fasse le point sur sa situation et ce qu'il faut mettre en place pour bien vieillir. Et pendant une période d'un an, dans cette relation entre le retraité et le membre de l'équipe, on lui propose des choses en fonction de ce qui est ressorti de l'entretien. Là moi, dernièrement, j'ai envoyé un couple à une conférence sur le bien-être. Bon là, c'est un couple un peu bobo, donc les conférences c'est bien, ça colle, et puis ils avaient pas de grande difficulté. [...] Les dossiers ils sont triés au niveau de la CARSAT et on envoie des courriers d'abord aux plus fragiles. – Question : C'est-à-dire, vous entendez quoi par fragiles ? Mme B. : Ben c'est des gens qui ont de faibles revenus, qui ont des parcours de vie un peu chaotique. L'idée c'est de les aider à comprendre ce qu'il faut faire pour que la vieillesse se passe au mieux, même si on peut pas tout maîtriser »* (Mme B., assistante sociale CARSAT Rhône-Alpes). Si elle avouera durant l'entretien que ceux qui en auraient le plus besoin ne sont pas les plus nombreux à participer au programme Atoo, soulignant entre les lignes que le public « ciblé » n'est pas forcément atteint, elle insiste pour faire de ce programme de prévention une action éminemment sociale : *« Bien sûr que c'est du social. Je ne vois pas ce que ça peut être d'autre. Alors même si on a des conférences ou des ateliers sur la santé, c'est jamais déconnecté de préoccupations sociales. Tout ce qui est mis en place pour améliorer la vie des retraités, c'est du social. Enfin c'est pas nous qui améliorons leur vie hein, faut bien comprendre que nous on leur file des clés pour. Dans un suivi individualisé. C'est le but »*.

Les préconisations du PNBV sont ainsi déclinées sur le terrain par les acteurs du champ de la prévention de la dépendance. Mais là où le discours, dans le PNBV notamment, s'adressait à la population âgée dans son ensemble, les actions fragmentent cet ensemble hétérogène sous le principe de la fragilité, qui induit une forme de

catégorisation sociale où la fragilité n'est pas une fragilité gériatrique, mais une vulnérabilité face à des conditions de vie précaires et des événements qui ont impacté et/ou impactent le cours de vie.

Mme V., assistante sociale au conseil général de l'Isère, que nous avons suivie lors de quatre situations d'évaluation au domicile, a également accepté un entretien pour approfondir les observations et les discussions. Bien que son travail consiste principalement en la passation de la grille AGGIR au domicile des demandeurs, et donc en une évaluation sur des critères essentiellement médicaux et de santé, elle revendique l'attache sociale de sa pratique : *« Moi, je vais te dire, je suis attachée à mon métier. Je trouve que c'est un beau métier, quand on l'exerce convenablement, qu'on encore le pep's. C'est pas péjoratif de dire assistante sociale. Alors c'est vrai qu'on s'adresse plus à des catégories socioprofessionnelles qui ont déjà eu des liens, des rapports avec un service social. Pour moi qui suis sur deux types de commune, une commune avec des revenus, des situations plutôt favorisées dans la vie, de cette rive-là du Grésivaudan, ben je sens que beaucoup ils savent pas ce que c'est une assistante sociale. De l'autre côté, une commune ouvrière, avec des catégories socioprofessionnelles pas très aisées, c'est plutôt sur ce terrain-là que les assistantes sociales travaillent habituellement »* (Mme V., assistante sociale au conseil général de l'Isère). Mme B. comme Mme V. introduisent dans leur propos, et dans leur pratique quotidienne, une distinction entre les milieux sociaux des personnes qu'elles rencontrent, milieux auxquels elles associent des pratiques sociales et des modes de vie qui fondent la différence dans les propositions de programme de prévention qu'elles font aux bénéficiaires de l'action sociale.

Son positionnement professionnel et le sens qu'elle donne à sa pratique font qu'elle est empreinte d'une vision critique et réaliste du processus d'évaluation et de la segmentation induite qui ne permet pas toujours de connaître suffisamment les modes de vie, les habitudes, les situations de ruptures, etc. : *« Satisfaite de la première visite, Mme V. est cependant aussi très lucide sur ce qu'elle peut apprendre de la vie des personnes âgées en une seule visite : « on est des étoiles filantes. Faut être modeste, on a un regard ce jour-là, on peut pas avoir une représentation fine de la vie de la personne. C'est pour ça que ces visites sont utiles, mais faut surtout pas se dire qu'on a eu une bonne vision de la situation. On fait un passage éphémère dans leur vie, finalement on en sait pas grand-chose ». Quand je lui demande ce qu'il lui a manqué en termes de connaissances sur la personne visitée, elle répond : « Ben je sais pas, elle a*

peut être vécu dans la misère cette dame, elle a peut-être des conflits avec ses enfants, elle voit peut-être pas tant de personnes que ça, elle est peut être angoissée à la suite d'un évènement particulier. Elle est veuve, mais ça l'impact que ça a, on l'aborde pas, donc on peut passer à côté de choses qu'on aurait pu lui proposer. Autre que des infirmières et des auxiliaires de vie. Je sais pas moi, peut-être qu'elle s'inscrive dans des groupes sur le deuil, tu vois, des choses comme ça » (Journal d'observation du 20 janvier 2010).

Cette pratique d'orientation vers des actions individuelles ou collectives de prévention de la dépendance est courante lors des situations d'évaluation, lorsque l'intervenant social n'a pas de doutes sur le degré d'autonomie de l'individu : *« Pour ceux que je vois qu'ils auront pas l'APA, parce que ça se voit assez rapidement les gens encore bien et qu'il s'agit avant tout de rassurer sur leur état, je les oriente sur des formations, sur des sessions de travail sur la mémoire, sur comment se déplacer, se pencher, tout ça. Bon on le fait toutes ça, de toutes façons on est en lien avec les CARSAT ou la MSA, donc on sait si ils avaient déjà des heures de prises en charge par ces organismes là, et eux ils proposent des formations, donc on sait aussi les conseiller là-dessus. [...] Parce qu'on travaille autour d'une fragilité, autour d'une perte d'autonomie, autour d'un isolement affectif aussi, soit pour prévenir tout ça, soit pour venir soulager une fois que la dépendance est installée »* (Mme V., assistante sociale au conseil général de l'Isère). Elle ne limite ainsi pas son travail à la dépendance, mais a intégré le discours des acteurs de la prévention. La fragilité fait partie de ses préoccupations et la vision de la prise en charge de la vieillesse, partagée par les quatre intervenants sociaux rencontrés en observation et/ou en entretien, passe par une catégorisation sociale.

La fragilité telle qu'elle se déploie dans le champ de la prévention fait référence à une distinction entre les retraités issus de classes sociales favorisées, qui ont une pension de retraite satisfaisante et des modes de vie qui peuvent être jugés plus sains que d'autres. Ainsi, à tous les niveaux, du niveau politique dans le PNBV et la politique de prévention de la dépendance, en passant par les opérateurs centraux du champ de la prévention jusqu'aux intervenants sociaux, est tenu un discours de normalisation des modes de vie dans la vieillesse. Dans le champ de la prévention, actions collectives et individuelles participent à cette normalisation, mais à la différence du niveau politique qui n'aborde pas de front les questions des déterminants sociaux et de catégorisation

sociale dans la prévention, la logique des programmes d'actions développées par les acteurs fait que ces derniers mettent en place des actions vers des catégories sociales particulières. Ces acteurs, de par leur positionnement, structurent le champ de la prévention, mais structurent également des rapports sociaux, qui, dans la prévention, renvoient à des rapports de classe : *« On axe beaucoup sur l'accompagnement au surendettement. On fait un certain nombre de choses pour aider les gens à sortir de la situation dans laquelle ils sont. C'est souvent des familles pas très aisées, pas que financièrement, et qui malgré le surendettement ne changent pas leur mode de fonctionnement. [...] Je vais prendre un exemple, sur le surendettement, on travaille avec une association qui s'appelle Crésus, comme son nom l'indique ! C'est un truc, c'est une association reconnue d'utilité publique, qui est labellisée par le ministre de l'Économie et des Finances, et vraiment la spécialité, c'est bien ça, c'est d'accompagner au sens pédagogique, au sens social du terme les personnes pour les faire prendre conscience des difficultés dans lesquelles ils sont, et pour qu'ils fassent les efforts nécessaires pour s'en sortir. On leur apprend que prendre des engagements, ça suppose d'être en capacité de les tenir »* (GPS n° 2).

II.2.3. La normalisation et la sécurisation des parcours de vie individuels

La problématique des modes de vie et de la responsabilisation des individus initiée dans le PNBV est appliquée par les départements d'action sociale des institutions de retraite. Il ne s'agit plus d'assister la personne en difficulté, mais de la rendre apte, par des dispositifs de « formation » à appréhender correctement les difficultés qui surviennent dans son parcours de vieillissement et dans son parcours de vie au sens large. S'exprime ainsi la volonté de considérer la vieillesse sous un autre aspect que celui de la seule fragilité économique : subvenir aux besoins financiers n'est plus l'axe d'intervention prioritaire. L'avancée en âge demande un accompagnement de la personne et un apprentissage sur ce qu'il faut faire et ne pas faire pour bien vieillir, afin de souligner ses potentialités et sa responsabilité dans la préservation de son autonomie. Aux logiques assistanciennes préexistantes se substituent désormais des logiques éducatives qui renvoient à l'idée d'un parcours de vie, ou de vieillissement, qu'il faut sécuriser.

Le concept de parcours de vie, à l'œuvre dans le champ de la prévention de la dépendance, a émergé et s'est développé à la jonction de différentes traditions

disciplinaires, dont la psychologie développementale, la démographie et la sociologie (Lalive d'Épinay, Bickel, Cavalli et Spini, 2005). Parmi les différents niveaux d'utilisation de la notion du parcours de vie, ce qui nous concerne particulièrement est le fait que le parcours de vie individuel est composé de plusieurs *trajectoires* de vie, affectives, professionnelles, familiales, de santé, etc., qui définissent l'inscription dans des classes sociales particulières et signifient ainsi leur ancrage social. Ces trajectoires connaissent des périodes de changements rapides, qui sont les *transitions*, mais qui n'influent pas sur l'appartenance à une classe sociale : parmi ces transitions, la retraite est l'une des ultimes qui ponctuent le parcours de vie. Elles rencontrent également des *événements*, soit *normatifs*, c'est-à-dire attendus et structurés par les institutions, soit *non normatifs*, qui remettent en cause le déroulement des parcours de vie conforme aux règles et aux attentes sociales (Sapin, Spini, Widmer, 2007 : 32) et qui peuvent introduire des *ruptures* dans le parcours de vie. C'est de ces derniers, les événements non normatifs associés aux ruptures, qu'il est question dans la prévention : ce paradigme nouveau des politiques vieillesse tend en quelque sorte à accompagner les individus vers la normativité à partir de trajectoires de vie composée de comportements et de modes de vie considérés comme non normatifs.

L'inscription de la prévention dans les parcours de vie se retrouve tout d'abord dans le fait que les personnes âgées sont amenées à se raconter, à parler des diverses trajectoires qui composent leur parcours de vie auprès des intervenants sociaux qui élaborent les orientations des promoteurs de l'action sociale. Les normes institutionnelles et sociales de cette entreprise qui vise à renforcer la responsabilité d'individus « acteurs » de leur vie sont désormais renseignées (Guillaume, 2009 : 22) : *« pour mieux comprendre les variables qui infléchissent le déroulement d'une vie, les institutions sociales qui prennent en charge les activités de socialisation et d'éducation, comme les organismes d'aide et de prévention sociale se livrent à un important travail de délimitations de phases, de cycles ou de périodes »*. Elles observent alors les moments de scansion, les événements qui marquent une transition, un changement d'état dans les *carrières* de vieillissement⁹³.

⁹³ A ce stade du travail, c'est la notion d'événements qui est utilisée pour penser les trajectoires qui composent le parcours de vie des individus. Dans la seconde partie seront précisés certains de ces événements, notamment avec la notion d'*épreuve* (Martuccelli, 2006).

Ainsi en va-t-il des bilans qui par une approche globale demandent aux personnes âgées de s'exprimer sur divers aspects de leur vie : « *Le bilan médico-psychosocial des centres de prévention AGIRC-ARRCO comprend un bilan médical sur : les antécédents personnels et familiaux ; l'hygiène de vie (tabac, alcool, alimentation, activités physiques) ; les habitudes en matière de suivi médical et de traitement ; les vaccinations ; les facteurs de risque environnementaux ; [...] d'un bilan psychologique qui permet d'évaluer l'humeur, la personnalité ; le vécu affectif et relationnel, aussi bien personnel qu'au niveau du couple ; la qualité de l'environnement relationnel et matériel, les difficultés sociales ; les difficultés éventuelles rencontrées dans la vie quotidienne ; les capacités d'adaptation à la retraite ; le dynamisme, à travers la réorganisation des activités, les projets d'avenir ; [...] et d'un bilan social qui permet de récupérer des informations sur ses habitudes de vie, son habitat, son intégration sociale, ses ressources, la perception de son état de santé...* » (Saint Laurent et Dejardin, 2012 : 120-121). Ce qui s'apparente à un « travail biographique » (Voegtli, 2004) n'est pas déconnecté d'intentions normatives et de l'introduction d'une forme de domination de pouvoir à l'œuvre dans la biopolitique : le parcours de vie doit comporter un impératif de planification et de projection, afin d'adapter les comportements en fonction de l'évolution des normes sociales : « *A l'échelle individuelle, une démarche préventive globale permet d'appréhender l'ensemble des choix de chacun (vie familiale, sociale...) et d'y associer le dépistage médical permettant ainsi à chacun d'anticiper, de réduire, retarder voire maîtriser les effets d'un vieillissement plus ou moins réussi. En effet, de multiples facteurs doivent être pris en compte : la fréquence de pathologies chroniques ou de polyopathologies, l'incapacité de faire face à une nouvelle situation en changeant ses habitudes, l'isolement, les difficultés de mobilité, le parcours de vie parfois accidenté... Il s'agit bien de susciter une évolution significative des comportements* » (Saint Laurent et Dejardin, 2012 : 122).

La mise en mots par les individus, lors d'entretiens individuels et de bilans de vie est l'étape indispensable pour comprendre et connaître les modes de vie et les comportements qui s'éloignent de la normalité attendue des institutions. Les actions entreprises à la suite de ce « travail biographique » visent ainsi tout autant à sécuriser le parcours de vie qu'à éduquer les individus qui composent les classes sociales populaires : « *Leur point de vue permet de valoriser la mise en place d'ateliers à la suite des bilans et des conférences pour inciter les bénéficiaires à changer de*

comportements alimentaires ou adopter des activités physiques, sociales... (agir sur les changements de normes sociales) » (Saint Laurent et Dejardin, 2012 : 124).

C'est donc en fonction de l'évolution de normes sociales définies « par le haut », dans les sphères décisionnelles et dans les forums de débats que les individus âgés sont invités à changer leur comportement. « Bien vieillir », le « vieillissement réussi » sont les normes contemporaines du vieillissement, et ceux qui s'en éloignent, les plus « fragiles » sont invités à suivre ce modèle de « parcours de vie normatif, institutionnalisé » (Cavalli, 2007 : 55) : *« nous, on s'inscrit là-dedans, en considérant que quand on est instruit à prévenir le mauvais vieillissement, on peut vivre plus longtemps et mettre en œuvre des recettes qui permettent de mieux gérer sa retraite »* (GPS n° 2). La prise en compte des attentes des gens est alors écartée au profit de la définition des besoins prioritaires par les intervenants sociaux. Ces derniers appliquent sur le terrain les normes sociales de vieillissement, au détriment de l'expertise profane des individus sur leur parcours de vieillissement : *« La difficulté, c'est la différence entre les besoins exprimés par les gens et ce qui est le besoin prioritaire. Ça, c'est tout le travail des évaluateurs, des travailleurs sociaux et des aides à domicile, c'est faire évoluer les gens, les amener à faire ce qui est le mieux pour eux, pour leur bien vieillir »* (direction nationale de l'action sociale de la CNAV).

Les prestations de prévention se préoccupent avant tout, non pas des parcours suivis par les individus, mais à la manière dont la société doit organiser le déroulement de leur vie. L'individualisation des parcours de vie et des trajectoires qui les composent – chaque individu est unique et a connu des ruptures, des transitions, des événements particuliers – s'accompagne donc, du fait de la prévention telle qu'elle se déploie des arènes politiques aux travailleurs sociaux, d'une injonction à « réussir » son parcours de vie : toutes et tous doivent « coller » aux normes sociales actuelles et adapter leurs modes de vie et comportements à l'injonction normative du « vieillissement réussi » ou du « bien vieillir ». Au travers d'une tentative de normalisation des modes de vie des classes laborieuses, c'est une normalisation des parcours de vie s'impose dans la politique de la vieillesse et du vieillissement actuelle.

Conclusion

Dans l'étude de la construction du champ de la prévention de la dépendance, nous avons axé l'analyse sur les acteurs pionniers et aujourd'hui encore instigateurs de l'action sociale en direction des retraités et personnes âgées qui sont les intermédiaires entre le pouvoir politique qui définit la politique de prévention par une production normative à visée totalisante et les personnes âgées, et parmi elles les plus « fragiles ». Les caisses de retraite du régime général comme complémentaires, *via* leur fonds d'action sociale, ont accompagné l'évolution des politiques vieillesse en développant au plus près des bénéficiaires des actions issues directement des débats politiques.

Il faut cependant être conscient sur le fait que d'autres acteurs interviennent dans ce processus de développement du champ de la prévention. Les mutuelles, les institutions de prévoyances, les ARS et d'autres acteurs plus ou moins insolites, comme certains Parc Naturels Régionaux, font de la prévention, notamment sur les territoires ruraux (Gucher *et al.*, 2012). Orientant plutôt leurs actions sur le domaine de la santé pour certains (les ARS, les mutuelles), ou encore du lien social, nous retrouvons là les deux versants traditionnels de la prévention : la prévention sanitaire et la prévention sociale. Des acteurs publics, comme la CNSA et l'INPES, qui sont des organes du ministère de la santé, inscrivent leur logique d'action dans cette complémentarité des points de vue : l'INPES a par exemple consacré un numéro de sa revue *La santé de l'homme*, aux « déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés » (n° 411, janvier-février 2011).

Si nous nous sommes concentrés sur l'action sociale des institutions de retraite, c'est parce que les spécificités entre les caisses tendent à s'estomper dès lors qu'elles appliquent les préconisations du PNBV. La différenciation entre le régime général et complémentaire s'efface au profit d'une uniformisation de la logique d'action sociale pour les personnes âgées. Dans le même temps s'opère un changement de priorités entre les actions individuelles « classiques » de l'action sociale sous forme de redistribution monétaire pour les plus nécessiteux, et les actions collectives, d'éducation et de formation en fonction des parcours de vie individuels et des choses à « corriger » pour réussir son vieillissement. C'est donc toujours en majorité une prévention sociale qui se dessine à travers les actions de formation, d'apprentissage aux spécificités de la vieillesse, proposées à l'ensemble de la population âgée, mais priorisées vers les plus

« fragiles », définis comme ceux combinant des trajectoires de vie difficiles, sinueuses, faites de ruptures, des trajectoires qui nuisent aux attentes institutionnelles de « vieillissement réussi ». En ce sens, la frontière entre prévention sociale et prévention sanitaire dans l'action sociale tend à s'estomper, et l'analyse proposée dans ce chapitre paraît montrer que prévention sociale et sanitaire, dans les faits, se rejoignent de plus en plus.

Face à ce nouvel impératif, cette nouvelle normativité qui incite chacun à l'initiative individuelle, à la performance dans l'adaptation, à la réussite de son parcours de vieillissement, Alain Ehrenberg, dans *La fatigue d'être soi*, a montré qu'un nombre considérable de nos contemporains souffrent de l'incapacité « à ne pas être à la hauteur » (Ehrenberg, 1998 : 11), renforçant la stigmatisation ressentie et le poids de la domination du biopouvoir. La dépression est selon lui « la pathologie d'une société où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité et la discipline, mais sur la responsabilité et l'initiative ». Il faut cependant désormais descendre au niveau des personnes âgées elles-mêmes pour sonder la pluralité des manières de réagir à cette injonction individualisante. La capacité d'un individu à bâtir son plan de vie à la retraite et dans son parcours de vieillissement, à travers les possibilités de *carrières* convoquées par la puissance publique, dépend « des ressources dont il dispose, des cadres dans lesquels il est inséré » (Cavalli, 2007 : 66) et de la façon dont il intègre dans son quotidien et dans son processus de vieillissement les ruptures et les événements qui ponctuent son parcours de vie. Qu'est-ce que recouvre l'injonction à « réussir son vieillissement », à « bien vieillir », chez des personnes âgées ? Quelles sont les différentes manières de vivre la vieillesse, en fonction des parcours de vie, des ruptures, événements vécus, des modes de vie, comportements, etc. ?

2^{nde} partie

Expériences du vieillissement, « bien vieillir » et rapport à la prévention

Chapitre 5

Quelles expériences du
vieillissement
dans le contexte d'injonction
au « bien vieillir » ?

Introduction

La caractéristique de l'injonction moderne à « bien vieillir » réside dans le fait qu'elle ne se trouve pas seulement dans les sphères médicales et de santé, comme cela a été longtemps pensé (Peretti-Wattel et Moatti, 2009 ; Billé et Martz, 2010). La première partie de ce travail a montré que le secteur social développe cette même tendance à la normalisation. La prévention dans le vieillissement ne se présente pas comme un ordre à exécuter, le fait de bien vieillir ou de ne pas réussir son vieillissement n'a de rapport avec aucune loi. Foucault a particulièrement centré ses analyses sur le passage d'une société de la loi à une société de la norme. La prévention dans le vieillissement est un exemple tangible de cette société de la norme. Quand la loi dit ce qui doit être, la norme dit ce qu'il faut être : un vieux qui vieillit bien. La norme introduit ainsi des différences et une hiérarchie entre les individus, pour normaliser ces différences qui s'expriment dans les comportements, dans les corps, dans les modes de vie, dans les parcours de vieillissement et les trajectoires qui les composent.

La vieillesse et le vieillissement sont désormais concernés par le « biopouvoir », cette intrusion du politique dans la vie des gens, analysée par Foucault et qui se prête particulièrement aux politiques de prévention qui se développent depuis la seconde moitié du 20^{ème} siècle⁹⁴. Le pouvoir va de plus en plus dans le particulier des individus, en s'intéressant à la naissance, à la mort, aux maladies, et en ce qui concerne la vieillesse et le vieillissement, à la façon de se comporter, de s'alimenter, de s'adapter, de continuer à être actif, etc. Cette intervention du pouvoir est désormais explicite dans cette sommation à vivre plus longtemps, mais surtout à vivre plus longtemps et bien.

Dans cette *gouvernementalité*, nous avons souligné la place des institutions, des procédures, des réflexions. En nous inspirant du cadre d'analyse de Gusfield, nous avons mis en avant une chaîne d'acteurs qui participent à la construction d'une culture plus distribuée de la prévention que la lecture en termes de biopolitique ne permet pas de saisir. Entre la définition politique, par le haut, de la prévention dans le vieillissement, et le travail des acteurs intermédiaires qui opèrent à la constitution du champ de la prévention s'effectue une opération de redéfinition des cibles des actions de prévention vers les plus « fragiles » des personnes âgées, vers celles et ceux qui sont *a priori* les plus concernés par une possible installation dans la *carrière* institutionnelle de

⁹⁴ Cf. chapitre 1, partie II.2.

la dépendance, du fait de leurs faibles ressources économiques et sociales et de ruptures qui impactent ou ont impacté le parcours de vie.

La politique et les pratiques de prévention dans le vieillissement sont d'ordre non pas coercitives, mais incitatives et mettent « en risque » le vieillissement (Peretti-Wattel et Moatti, 2009 : 23). Autrement dit, cette forme de pouvoir sur les corps s'appuie sur une technologie du risque, notamment étayée par Beck (2008). Face aux risques qu'affrontent les personnes âgées dans leur trajectoire de vieillissement, au travers de ruptures, d'événements particuliers, d'*épreuves* à surmonter, la logique de la prévention repose sur des individus attendus comme rationnels. Comme cela est déjà le cas dans le domaine de la santé et du système de soins (Batifoulier, Domin, Abecassis, 2010 : 171), le secteur social développe cette même attente d'avoir à faire à des individus rationnels, qui mettent en place ce que leur proposent les sessions de formation à la retraite, les ateliers pour bien manger, ne pas chuter, etc. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 3, la notion d'adaptation aux changements et aux conséquences d'événements qui peuvent potentiellement introduire des ruptures dans les trajectoires est centrale dans la politique de prévention, dans le but de réussir son vieillissement.

Les questions qui émergent à ce stade du travail s'orientent désormais vers les personnes âgées elles-mêmes : au regard de ces mises en forme politiques, au niveau national, au travers des rapports et autres plans gouvernementaux, et au regard de l'action des acteurs intermédiaires, comment les individus composent dans leur avancée en âge avec ces questions d'adaptation, de bien vieillir, de réussite de son vieillissement ? Quelles sont les diverses manières de vivre et de penser l'expérience du vieillissement ? Dans quelle mesure les individus s'installent-ils ou non dans la *carrière* morale de la dépendance ? Comment réagissent-ils aux ruptures provoquées par des événements spécifiques auxquels ils ont été confrontés ?

Ces questions nous amènent à nous situer au plus près de l'expérience vécue des individus en analysant leurs discours, la mise en mots de leur vécu subjectif de l'avancée en âge, en étudiant leurs comportements quotidiens et le sens donné à leurs pratiques sociales. Le cadre théorique compréhensif et interactionniste sur lequel repose la lecture de ces expériences du vieillissement convoque la notion de *carrière* non plus dans son versant institutionnel, mais sous son aspect moral, tel que nous l'avons

présenté dans le chapitre 2 au prisme des travaux interactionnistes de Hughes, Becker ou encore Goffmann. La question des événements, de leurs impacts et de ce qui a été mis en place par les individus pour faire face à ces événements et aux ruptures, bifurcations ou *turning points* qu'ils représentent ou non dans les trajectoires de vieillissement des individus introduit le concept de *déprise*, initialement forgé par Barthe, Clément et Drulhe (1988) puis développé et façonné dans des travaux ultérieurs. La *déprise* vient compléter ce cadre d'analyse dans le sens où ce phénomène permet de soulever les différentes manières de réorganiser son quotidien, ses relations et ses activités au cours de l'avancée en âge, lorsque des contraintes nouvelles viennent jalonner les trajectoires de vieillissement.

Ce cadre théorique rend possible une analyse « par le bas » des dynamiques propres aux personnes âgées auxquelles il est intimé de mettre en place des comportements et des capacités à même de les mener à un vieillissement réussi. Cela permet de sonder dans quelle mesure, et sous quelles conditions le vieillissement se vit ou non comme l'imprégnation de la biopolitique jusque dans l'intimité même des individus, dans leur chair et dans leurs pratiques quotidiennes.

Cette seconde partie soulève le fait que les acteurs qui œuvrent à la définition et à la mise en application de la prévention dans le vieillissement fondent leur expertise sur « *une analyse technique des probabilités d'occurrence d'un événement et la mise en œuvre d'une rationalité* » (Le Breton, 2012 : 75), alors que les individus concernés s'appuient sur d'autres critères d'appréciation, liés à leur vie quotidienne, à la spécificité de leurs diverses trajectoires et à leur impact sur le parcours de vie, à l'évaluation de leurs aptitudes personnelles, à leurs envies, leurs motivations, etc. Parmi les individus qui composent cet ensemble hétérogène de la population âgée et ses nombreux sous-ensembles, comme les « fragiles », et les « dépendants » tous n'ont pas les mêmes priorités, les mêmes vulnérabilités, les mêmes ressources pour affronter le vieillissement. Ils ne s'engagent pas tous de la même manière dans les *carrières* possibles de vieillissement et ne donnent pas à la prévention dans le vieillissement la même signification selon leurs parcours de vie, leur trajectoire de vieillissement, et les événements qui les impactent.

I. L'expérience du vieillissement au prisme des événements

S'adapter aux changements induits par le vieillissement, comme cela est préconisé dans la prévention, se défendre des imprévus et des vicissitudes de l'avancée en âge, est matière de culture, de savoir-faire, d'apprentissages, de ressources, d'expériences individuelles et socialement situées. La vie réelle des individus ne se déroule pas dans une dimension de pur calcul ou d'un utilitarisme propre à l'*homo oeconomicus*. Elle implique d'autres données, comme « *la valeur donnée à une action, le plaisir pris à l'accomplir, la présence des autres à ce moment, l'ambivalence de l'individu, etc.* » (Le Breton, 2000). Les acteurs qui président à la définition de la politique de prévention et ceux qui développent des actions concrètes sont étrangers aux événements singuliers et personnels vécus par les individus dans leur parcours de vie, et aux événements qui surviennent et ont des conséquences sur leur expérience du vieillissement. C'est à l'aune des ruptures de parcours, des contingences et de la dynamique des événements biographiques (Bidart, 2006) qu'est sondée la diversité des possibilités de vivre son vieillissement. Prêter une plus grande attention aux événements et aux logiques d'action qui concourent à donner à une trajectoire individuelle diverses orientations permet de comprendre comment ces trajectoires se situent par rapport aux attentes normatives de réussir son vieillissement.

Dans le champ de la sociologie de la vieillesse et du vieillissement, de nombreux travaux ont fait le choix d'appréhender le vieillissement en privilégiant certains moments particuliers de l'avancée en âge. C'est ainsi le cas d'une sociologie américaine d'inspiration fonctionnaliste qui a d'abord pensé les transitions du vieillissement au travers des « rôles sociaux » ou encore des activités. Deux théories se sont longtemps opposées. La théorie du désengagement, élaborée par Elaine Cumming et William Henry soutient que « *le vieillissement normal s'accompagne d'un éloignement, ou d'un désengagement réciproque de la personne qui vieillit et des autres membres du système social dont elle fait partie* » (Cumming et Henry, 1961). La retraite amène les individus à une révision de leurs rôles sociaux (rôle professionnel, rôle parental), qui se caractérise par une baisse tendancielle de ces rôles : c'est le désengagement. Il se traduit par une diminution du nombre de rôles joués par l'individu, du fait de la disparition de la plupart d'entre eux lors des transitions du vieillissement.

À l'inverse, la théorie de l'activité développée par Robert Havighurst et Ruth Albrecht (1953, 1954) postule que le vieillissement doit s'accompagner d'une attitude volontariste afin de maintenir de multiples engagements : la vieillesse est alors le moment de recherche de nouveaux rôles pour compenser ceux perdus lors des transitions principales que sont la retraite et le veuvage. L'investissement dans des activités diverses donne alors l'image de personnes âgées actives et engagées qui laisse peu de place à un quelconque désengagement.

Ces théories fonctionnalistes, qui s'accordaient cependant sur un point qui est la faiblesse des attentes, dans les années 1950 et 1960 aux États-Unis, de la société envers les personnes âgées (Rosow, 1985), se voient supplanter dans les recherches francophones contemporaines, par une approche constructiviste et compréhensive. Les transitions du vieillissement sont désormais pensées dans leur lien avec l'impact sur l'expérience du vieillissement et les réaménagements pratiques, symboliques, matérielles, identitaires que cela suppose au quotidien au travers notamment de la notion de *déprise* (Caradec, 2014 : 274).

L'attente institutionnelle principale à l'égard des personnes âgées est désormais de les voir réussir leur vieillissement en sécurisant leur parcours de vie, et par une adaptation au vieillissement et aux difficultés qu'il suggère. Les transitions, les bifurcations, les *turning points* pour reprendre une terminologie interactionniste peuvent être divers et nombreux, mais correspondent toujours à des événements précis de la vie des individus qui entraînent ces derniers dans le phénomène de *déprise*.

C'est donc sur ces événements et sur leurs implications face à la norme contemporaine du bien vieillir que l'attention est portée, en fonction de la catégorie sociale et de leur position sociale des individus. Car en effet, les individus sont extrêmement lucides sur leur position sociale et la part de déterminismes, tout en vivant leur propre vie en fonction d'une pluralité d'événements qui leur sont propres. Danilo Martuccelli a mis en avant ce double mouvement : « *D'un côté, les individus ont une claire conscience de leur position sociale et de ses contraintes. L'individu se sait et se conçoit sous l'emprise de conditionnements sociaux. [...] Mais de l'autre côté et en dépit de cette conscience, chaque individu vit sa vie au travers d'une série d'événements, irréductiblement singuliers et personnels. En fait, s'il fallait choisir une seule formulation, il faudrait dire que la plupart des individus se savent socialement*

typiques et biographiquement uniques » (Martuccelli, 2006 : 343). Ainsi Mme M., 88 ans, commence l'entretien par ces mots : « *J'appartenais à une famille aisée, mon père était banquier. Et toute ma vie, j'ai été à l'abri du besoin* » (entretien n° 16), là où Mr H., 61 ans et tout juste retraité, mentionne ses origines paysannes et un événement particulier de son enfance qui marquera profondément sa vie : « *Je suis parti avec un sacré handicap dans la vie. C'est pas que je vienne du milieu paysan, mais... Moi à 9 ans... bon j'ai perdu mon père à 3 ans et ma mère était handicapée. À 9 ans elle s'est faite hospitalisée. Et du coup, moi j'étais chez un oncle avec ma sœur. Mais je savais pas que fallait payer le loyer. Donc le seul moyen c'était que j'aille pas à l'école et que j'aille bosser. De neuf à douze ans. Les paysans, c'est pas des tendres. Tu veux bouffer ? Tu vas au boulot petit. Qu'il fasse 40 ou - 40* » (entretien n° 32).

Ainsi l'inscription sociale, son positionnement dans l'espace social, son « *milieu social* » comme le nomment certaines personnes enquêtées distribue diversement et inégalement les ressources en termes de réseau social, d'état de santé, de possibilités de faire des projets dans son vieillissement. La *déprise*, en tant que processus différencié de réorganisation, de réaménagement des activités, des modes de vie, plus largement de divers aspects du quotidien des personnes âgées, est un outil qui nous semble utile pour étudier sociologiquement les expériences du vieillissement au prisme des événements qu'affrontent les personnes âgées.

I.1. Événements, adaptation et trajectoires de vieillissement : les caractéristiques de la déprise

Le concept de *déprise*, en se situant dans une approche compréhensive au niveau des individus, de leur quotidien et du sens donné à leurs pratiques, ne limite pas la vieillesse aux problèmes de santé, à la dépendance et à ses seuls aspects déficitaires. Sans entrer dans une logique de déni des phénomènes épidémiologiques ou de défaillances physiques et/ou psychiques qui peuvent toucher les individus vieillissants, la *déprise* permet de s'éloigner de l'idéologie « jeuniste » de nos sociétés qui assimile toute personne âgée de plus de 60 ans à la dépendance, au handicap ou à la morbidité (Clément et Mantovani, 1999).

Issue d'une lecture critique de la théorie du désengagement, elle rend compte de la tendance à la baisse du niveau moyen des activités et des engagements au cours de l'avancée en âge, tout en pointant le fait que cette baisse est le produit de reconversions

plurielles qui font que les personnes peuvent renoncer à des activités et des engagements, mais que cette modalité n'est pas unique. Les personnes âgées peuvent tout aussi bien maintenir leurs engagements, ou même investir de nouveaux champs d'engagements.

I.1.1. Une lecture critique de la théorie du désengagement

Dans les années 1960, la sociologie fonctionnaliste, sous l'impulsion de Talcott Parsons, a notamment travaillé sur la sociologie du vieillissement. Les fonctionnalistes mettent alors à jour, dans les trajectoires de vieillissement, des moments de « transitions », qui correspondent, bien ancrées dans le modèle de pensée fonctionnaliste, à des moments de perte des rôles sociaux : les exemples les plus pertinents sont la retraite et le veuvage (Georges, 1982). Lors de la survenue de tels événements biographiques, ils postulent alors que la position sociale et le rapport au monde de la personne confrontée à ces transitions s'en trouvent modifiés.

Dans une visée fonctionnaliste, c'est alors sous une sociologie des rôles qu'est pensée la problématique du vieillissement individuel. Avec la parution de *Growing old* en 1961, Elaine Cumming et William Henry prennent comme point de départ de leur étude le système social, la structure, pour questionner son impact sur les rôles sociaux. Les auteurs proposent alors la théorie sociologique du désengagement. Le processus de vieillissement se caractérise selon eux par un retrait, ou un désengagement de la personne âgée par rapport à la société, au système social dans lequel elle est intégrée. Il faut bien comprendre, dans cette théorie du désengagement, que ce processus est inéluctable, car c'est la société qui l'organise : le processus de vieillissement implique « *un inévitable et graduel retrait ou désengagement, résultant d'une interaction décroissante entre une personne vieillissante et les autres dans un système social auquel elle appartient* » (Cumming et Henry, 1961). Tout en appartenant toujours à la société, les personnes âgées perdent peu à peu les rôles sociaux conférés jusqu'alors par la société : le premier rôle étant celui de travailleur, d'actif, permettant une intégration pleine et entière à la société. C'est cette même structure sociale qui produit ce processus de désengagement à travers l'institutionnalisation des moments de transitions évoqués plus haut : la retraite en est le meilleur exemple. Cette perte des rôles sociaux signifie une baisse des relations, en volume, en intensité et dans leur nature.

Dans ce mouvement de désengagement, Cumming et Henry postulent que les personnes âgées y trouvent leur compte : le désengagement est réciproque. La société l'organise et les personnes âgées participent de ce mouvement de retrait, de désengagement de la société. Les retraités vieillissants, au fur et à mesure de l'avancée en âge, se retirent émotionnellement du monde pour se centrer sur eux-mêmes. Leurs objectifs de fin de vie rencontrent ceux proposés par la société : un accord tacite, selon Cumming et Henry, existerait lors du désengagement. Les personnes âgées se désengagent, car leur énergie vitale (*ego energy*), autrement dit leurs capacités physiologiques et physiques s'épuisent progressivement. Le désengagement résulterait ainsi d'une volonté des personnes âgées de vivre leur fin de vie en adéquation avec leurs attentes : *« Elles ont réduit leurs liens avec la vie, ont abandonné leurs soucis et leurs responsabilités et ont tourné leurs préoccupations vers elles-mêmes. Elles mènent une existence tranquille, quelque peu égocentrique, qui leur convient parfaitement et qui paraît constituer un passage en douceur d'une vie, qui a été longue, à la mort inévitable »*.

Cette théorie du désengagement a suscité de profonds débats en sociologie. Si l'étude de Cumming et Henry part de l'intuition féconde d'un changement social vécu au moment de la retraite et définit le désengagement comme un processus social et non biologique, de nombreuses critiques, sur le plan théorique et empirique, ont rendu possible un débat scientifique autour des questions sociales du vieillissement (Clément et Mantovani, 1999).

Nous reprenons ici les trois principales limites de cette théorie du désengagement proposées par Arlie Hochschild (1975). Tout d'abord, l'association trop évidente entre activité et engagement tend à produire un amalgame entre ces deux termes. Selon Hochschild, ne plus être actif sur le marché du travail ne peut se réduire à ne plus avoir d'engagements au sein de la société. Cette critique se lie en quelque sorte à la critique de nos sociétés modernes, qui placent comme valeurs suprêmes le travail et l'utilité sociale. La seconde grande critique vise l'aspect englobant, général et universel de la théorie du désengagement. En effet, aucune nuance n'est apportée dans l'explication du désengagement selon la dimension genrée, selon les classes sociales ou encore selon les aspects culturels propres à chaque personne âgée. La théorie du désengagement ne peut se définir comme étant une proposition d'une loi universelle à la manière de la sociologie de Durkheim.

Enfin, sur un versant empirique, Hochschild estime que la faiblesse de la portée effective de la théorie du désengagement vient du fait que Cumming et Henry ont évalué le désengagement de l'extérieur, sans donner la parole à la population concernée, les personnes âgées retraitées. Le sens apporté au désengagement n'est pas celui donné par les personnes âgées elles-mêmes, mais celui que les auteurs ont pensé saisir au regard du fonctionnement de la structure sociale.

Cependant, ces critiques, bien que fondées, ne doivent pas faire passer à l'arrière-plan l'intuition féconde de Cumming et Henry. Serge Clément, Marcel Drulhe et leurs collègues ont ainsi repris ce concept dans une perspective phénoménologique et interactionniste en s'inscrivant à la fois en continuité et en rupture avec la théorie du désengagement pour développer la notion de *déprise*.

I.1.2. Déclencheurs et stratégies de *déprise*

L'une des critiques émise par Arlie Hochschild, dès 1975, se situait du côté trop englobant et universel du concept d'engagement. C'est notamment pour signifier que la vieillesse est une expérience originale qui prend dans la réalité des faits une forme plurielle et fortement hétérogène que Clément, Drulhe et leurs collègues de l'équipe toulousaine ont développé, dès la fin des années 80, le concept de *déprise*. Ces auteurs ont eu le mérite de faire évoluer leur concept dans les années qui suivirent et de stimuler la réflexion sociologique autour de la vieillesse.

Comme nous l'avons souligné, la *déprise* s'inscrit à la fois en continuité et en rupture avec la théorie du désengagement. En continuité, car ce concept retient ce que nous avons nommé l'intuition féconde de Cumming et Henry de la prise de distance avec le monde environnant au cours du vieillissement. La rupture se situe du côté du phénomène de relâchement, de cet éloignement que Clément et Drulhe prennent soin de nuancer et de retravailler en lui apportant des éléments de compréhension nouveaux. Ainsi le désengagement de la personne âgée « *n'est pas total, ni linéaire, ni homogène. Il engage à une réorganisation, un réaménagement des activités et des modes de vie* » (Clément, Mantovani, Membrado, 1996).

Le phénomène social de *déprise* signifie un processus de transformation des engagements de la personne âgée : d'un côté, elle se retire, elle se « déprend » d'activités, d'engagements ou de volontés quelconques tout en se réorientant vers de

nouvelles « prises » sur le monde qui donnent du sens à leurs actions dans la vieillesse. L'originalité de ce concept de *déprise* réside également dans le fait qu'il pointe une tendance à la baisse de ces activités au cours de l'avancée en âge.

La *déprise*, et c'est peut-être là que se trouve la différence fondamentale par rapport à la théorie du désengagement, s'inscrit dans la réalité de l'expérience personnelle et individuelle : « *il s'agit d'un processus de réaménagement de la vie qui tient compte des modifications dans les compétences personnelles, de la trajectoire de vie antérieure, des situations interpersonnelles d'aujourd'hui dans un contexte social particulier* », et trouve ainsi sa pertinence dans le fait que « *les individus peuvent ne plus avoir prise sur certaines choses ou certaines relations, mais qu'ils conservent soigneusement des registres d'intérêts qui leur tiennent à cœur. Dans ce sens, c'est pour mieux tenir d'un côté qu'on lâche de l'autre* » (Clément et Mantovani, 1999). Lors des différents travaux qu'ils ont menés et qui les ont amenés à développer ce concept, les membres de l'équipe de Toulouse ont perçu l'émergence de la *déprise* chez les personnes âgées interrogées dans une forme d'expression privilégiée : la fatigue des vieillards, une baisse de « *l'impulsion vitale* » (Barthe, Clément, Drulhe, 1988) ou pour reprendre l'expression des fonctionnalistes Cumming et Henry une baisse de l'*ego energy*. Dans la logique de remplacement et de choix des activités qui structurent leur quotidien et leur vieillesse par le sens qu'ils leur apportent, les personnes âgées se déprennent des activités selon « *un principe d'économie des forces* ». Ce qui le différencie de l'apparition de problèmes de santé.

L'inventaire des déclencheurs de *déprise* se poursuit, notamment sous l'impulsion de Caradec, qui en 2004, propose de réunir les multiples déclencheurs de *déprise* en quatre grands types : « *la fatigue et le manque d'envie qui traduisent la baisse de l'énergie vitale, les interactions avec autrui, les difficultés physiques et la disparition de certaines opportunités d'engagement* » (Caradec, 2004 : 116). Ces déclencheurs consistent en des événements particuliers, lesquels créent une rupture dans l'existence et le parcours de vie de l'individu. Ces événements peuvent être multiples et un même événement n'a pas la même signification et n'engage pas de la même manière les individus qui y sont confrontés.

Face à ces événements qui peuvent agir comme des déclencheurs de *déprise* et auxquels peuvent être associées des significations diverses, des stratégies variées

peuvent se trouver mises en œuvre. Avec Caradec (2007), nous en distinguons trois : l'adaptation, l'abandon et le rebond.

La première stratégie de *déprise* nous intéresse particulièrement, car elle renvoie à la notion fondamentale contenue dans le bien vieillir et la politique de prévention dans le vieillissement. Selon Caradec, l'adaptation consiste à poursuivre une activité jugée essentielle dans la vie de la personne âgée selon une modalité nouvelle, en s'adaptant aux contraintes nouvelles. Nous pouvons postuler qu'une personne qui parvient à conserver des engagements en s'adaptant aux conséquences d'un événement dans son avancée en âge a de plus grandes chances d'avoir un ressenti positif de son vieillissement.

À l'inverse, une personne qui abandonne des activités, des engagements et des relations lorsqu'un événement bouscule son vieillissement et le sens donné à celui-ci, se situe certainement dans un vécu subjectif négatif de son expérience du vieillissement. L'abandon peut revêtir différentes formes. Tout d'abord, l'abandon-substitution consiste en « *un transfert vers une autre activité, qui se situe dans le même registre que celle qui a été délaissée et qui en constitue un substitut* » (Caradec, 2007 : 18). C'est par exemple le cas de Mme R., 95 ans (entretien n° 18), qui depuis qu'elle a perdu une grande partie de sa mobilité et de ses capacités visuelles, ne va plus à la messe, mais la regarde depuis la télévision, et se renseigne sur les informations pas l'unique moyen télévisuel, qui vient en remplacement de la pratique quotidienne de lecture de la presse écrite. Ensuite l'abandon-sélection concerne les cas lors desquels les individus redéfinissent les frontières de leur engagement en sélectionnant des caractéristiques au profit d'autres. Ainsi Mr V., 75 ans, poursuit son activité quotidienne de marche dans les ruelles paisibles de sa ville, en sélectionnant les rues plates, et délaisse ainsi son ancien parcours plus vallonné (entretien n° 33). Enfin, les cas extrêmes d'abandon sont ceux que Caradec réunit sous la stratégie de l'abandon-renoncement, dont l'arrêt de la conduite automobile, le renoncement à poursuivre les activités de jardinage ou l'arrêt de tout investissement associatif en sont des exemples récurrents.

Enfin, le rebond se distingue de l'abandon dans le sens où il consiste soit à se remettre à une activité qui avait été délaissée pour de multiples raisons, soit à s'engager dans une activité nouvelle jamais pratiquée auparavant – c'est le cas de personnes qui

dans leur vieillesse se trouvent de nouveaux centres d'intérêt – soit à augmenter son investissement dans une activité connue.

La *déprise*, dont on a déjà souligné le caractère différentiel, est donc loin d'être uniforme. Ce processus se décline différemment selon trajectoires individuelles de vieillissement et selon la façon dont un individu redéfinit ou non sa logique d'action à la suite d'événements particuliers. En tant que déclencheur de *déprise*, la notion d'événement demande à être précisée dans ce qu'elle implique au niveau des expériences individuelles de vieillissement.

I.2. La notion d'événements et ses implications épistémologiques

La sociologie française, dans sa filiation durkheimienne, a longtemps rejeté dans ses analyses la contingence et les événements qui surviennent dans le cours de vie des individus (Dubet, 1994). Le regain d'intérêt pour la contingence, les événements, les bifurcations, lié à la fois aux évolutions du monde social, à la déstandardisation des parcours de vie ou aux préoccupations grandissantes pour les risques, s'explique également par le mouvement amorcé par la sociologie américaine, et plus précisément celle des interactionnistes héritiers de Simmel, pour l'étude des *carrières* et des « tournants » de l'existence. Le texte d'Everett Hughes sur les *turning points*, est l'un des premiers qui réfute le monopole des théories de l'action rationnelle « *et la tentation de rabattre la discipline sur des modèles proches de ceux de l'économie standard* » (Bessin, Bidart et Grossetti, 2010a : 13).

Les études sur les *turning points* analysent les processus dans une logique séquentielle. C'est notamment le cas de la *carrière*, qui intègre le temps biographique et les changements selon un modèle séquentiel et hiérarchisé. La notion de *carrière* inclut une perspective de gradation selon des séquences ordonnées et désigne la succession des passages d'une position à une autre, ou d'une catégorie à une autre dans un système donné, comme nous l'avons proposé pour la *carrière* instituée par la puissance publique autour de la dépendance : une *carrière* institutionnelle se construit dans un agencement ordonné de catégories, la fragilité précédant la dépendance, la prévention de la dépendance s'instituant en catégorie d'action publique. Mais si tout parcours de vieillissement n'est pas *carrière*, certaines trajectoires sont malgré tout travaillées par

ces catégories. Certaines personnes, dans le vieillissement, s'inscrivent dans cette séquence ordonnée et vivent leur vieillesse en intégrant les catégorisations. Mais le caractère séquentiel des *turning points*, s'il permet d'intégrer le fait qu'il implique des changements fondamentaux et une réorientation de la route des individus qui les connaissent, ne peut être appliqué pour l'ensemble des événements qui ponctuent le parcours de vie. Tout événement ne suit pas une logique hiérarchisée et processuelle comme c'est le cas pour les *turning points*.

Les parcours sont désormais considérés par leur caractère mouvant, changeant, évolutif du fait des événements qui les composent, remettant ainsi en question la continuité des parcours de vie. Le terme de bifurcation est alors apparu « *pour désigner des configurations dans lesquelles des événements contingents, des perturbations peuvent être la source de réorientations importantes dans les trajectoires individuelles* » (Bessin, Bidart et Grossetti, 2010a : 9). Bifurcations, transitions, *turning points*, tous ces termes sont reliés à celui d'événement, qui intègre une dimension de l'agir.

I.2.1. Événement (s) et changement de logique d'action

Les bifurcations, les ruptures, les transitions, toutes ces notions ont quelque chose à voir avec un événement. Sans entrer dans une « sociologie événementielle » à la manière de Sewell (2010) pour qui l'événement est conçu comme une cause des évolutions ultérieures tout en étant un transformateur des « structures », sans que ne soient définies les structures en question – structures identitaires, structures sociales ? - (Bessin, Bidart, Grossetti, 2010a : 11), l'événement et les événements de vie auxquels se réfèrent les personnes âgées sont compris dans le sens développé par Jean Baechler (2008) : l'événement est ce qui entraîne l'individu d'une logique d'action à une autre, d'un champ de possibles à un autre champ de possibles. C'est parce que la prévention dans le vieillissement demande une part d'action sur son propre comportement et sur les événements du parcours de vie vécus par tout un chacun que nous optons pour une définition de l'événement qui comporte une logique d'action et de réorientations dans les trajectoires individuelles.

Baechler considère donc l'événement dans une logique d'action, une action qui avant l'événement n'est que virtuelle et qui s'actualise pour devenir actuelle avec l'apparition de l'événement : « *la matière des événements est faite des activités*

humaines. *Ce sont les produits du connaître, les produits du faire et les produits de l'agir. L'agir est bien la source unique d'événements* » (2008 : 190). Autrement dit, il n'y a pas d'événement, ou l'événement n'est pas pensé en tant que tel s'il n'implique pas un changement de régime d'action, ou de logique d'action, ou de construction d'un sens différent entre l'avant et l'après chez l'individu.

Le passage à la retraite, le moment de « rendre son tablier » comme l'indique Mme C., 69 ans (entretien n° 27), ancienne serveuse dans des hôtels de station de ski, implique une action de l'individu, une action intellectualisée et consciente d'ouverture vers une logique d'action différente de celle qui prévalait dans la vie professionnelle : *« La retraite, ça fait une coupure hein... C'est plus pareil, ça change les choses. Maintenant, je rencontre des gens qui ne sont pas dans ma branche, ils ont des conversations que moi ça m'intéresse pas. [...] J'ai rendu mon tablier, mais j'ai toujours le tablier pour la maison, mais c'est pas pareil, je fais pas les mêmes choses, le but est pas le même. Là, je le fais pour moi, pour me sentir bien dans mon intérieur et pour faire ce qu'il y a à faire, mais avant la retraite, mon tablier, c'était pour les clients, pour qu'ils soient bien, et que je sois contente de mon travail »*. Ainsi, la retraite, événement central dans la vie des personnes âgées, est un exemple pertinent de ce qu'elle implique en termes de changement de logique d'action et de champ de possibles. La retraite est souvent vécue et pensée comme un *turning point*, dans le sens où elle engage des réorientations fondamentales dans les réseaux relationnels, dans les activités, dans l'agencement du quotidien, et qu'elle s'inscrit de plus dans le long séquençage du parcours de vie des individus dont nous parle Abbott et de la hiérarchisation temporelles des étapes du parcours de vie dans la thèse de Hughes : *« Cette conception des turning points est associée à une conception structuraliste du processus social. Ce processus est organisé en trajectoires, dont la plupart sont programmées dans des institutions comme l'école, la profession, le mariage, etc. »* (Abbott, 2010 : 208). Ainsi, bien que les *turning points* soient structurés et mis en forme socialement, les individus, subjectivement, leurs donnent sens de manière diverses et les vivent de manières plurielles et éminemment personnelles. C'est toute la dialectique entre ce qui est socialement structuré et ce qui est subjectivement vécu que l'on retrouve dans la conception proposée de l'événement.

Si Baechler fait de l'activité humaine la source de tout événement, Friedrich Hayek (1981) distingue pour sa part trois types d'activités. Nous laissons de côté le

troisième qui relève de catastrophes naturelles ou de tout ce qui est indépendant de l'activité humaine, pour nous concentrer sur ce qui fait la sève d'un événement chez Baechler, c'est-à-dire son lien à l'agir.

Le premier type est celui qui provient de l'activité humaine conduite par la volonté. L'événement, qui correspond à un « *ordre fabriqué, artificiel* », n'a alors aucun caractère d'imprévisibilité ou d'inattendu, il est au contraire souhaité par l'individu, parce qu'il ouvre la voie à de nouvelles possibilités d'actions : c'est typiquement le cas des changements de profession voulus et mis en œuvre par certains individus lors de leur vie active et qui introduisent des bifurcations souhaitées dans la carrière professionnelle. Mr V., 75 ans, raconte comment en sortant de l'école des Beaux-Arts, il a voulu changer son étiquette d'artiste pour trouver un emploi adapté au marché du travail : « *En sortant des Beaux-Arts, vous avez une formation de base sur l'art, vous savez peindre, dessiner, sculpter, tout ce qu'on relie à l'artiste. Mais pour trouver un travail, parce que tous les diplômés des Beaux-Arts ne finissent pas artistes, et ne vivent pas de leurs œuvres, et les artistes sont toujours vus comme des farfelus, alors moi, après deux ou trois mois de vide, d'errance, un matin j'ai décidé de rentrer dans un laboratoire qui faisait des documents pour une école d'électronique, et là j'ai appris la photo, l'imprimerie, la reliure. C'est ce que je voulais, m'adapter au monde du travail. On en est éloigné quand on sort des Beaux-Arts. Alors je suis devenu fonctionnaire et j'ai gardé l'art pour mon temps libre* » (entretien n° 33). La décision réfléchie et souhaitée s'est concrétisée « un matin », ce matin même où le cours de sa carrière professionnelle a pris un tournant important et définitif.

À l'inverse, le second type d'événement proposé par Hayek ressort de « *l'ordre spontané* ». Il s'agit alors des phénomènes et des événements qui résultent de l'activité humaine sans convocation d'une volonté quelconque. Il est alors question d'un ordre des choses qui n'est pas voulu, souhaité, voire même pas pensé par les individus. L'événement est ici ce qui advient indépendamment de la volonté des individus, ou de tout objectif que se donnent les personnes âgées. Chez Baechler comme chez Hayek, la dimension commune de l'événement est qu'elle impacte l'action des individus, et ici des retraités et personnes âgées interrogés. Imprévisible ou souhaité, singulier ou commun, dans tous les cas l'événement opère une distinction entre un avant et un après.

Martuccelli propose de distinguer quatre familles d'événements parmi la grande variété des événements voulus ou non que les individus connaissent dans leur vie. La première famille renvoie à des événements plus ou moins traumatiques, « *à lourde charge biographique et existentielle que les individus refusent de socialiser* » (2006 : 344). Martuccelli considère ces événements comme de véritables blessures d'une vie que l'individu ne referme jamais totalement jusqu'à sa mort. Ce sont généralement des traumatismes du passé que l'individu porte en lui dans son vieillissement et qui sont convoqués pour en expliquer certains traits saillants. Mme C., 82 ans, veuve depuis près de 30 ans, est constamment angoissée depuis quelque mois. Le matin même de notre visite pour l'entretien, elle est allée consulter son médecin traitant tout en ayant elle-même son propre diagnostic sur ses angoisses. Partie à 18 ans pour suivre son mari au Maroc, cet événement a selon elle laissé des traces qui s'actualisent à sa vieillesse : « *J'ai été voir mon docteur aujourd'hui, parce que des angoisses j'en ai en veux-tu, en voilà. Mais ça, c'est les suites de quand je suis partie au Maroc, j'ai tellement été choquée en arrivant là-bas, moi j'étais de Grenoble, j'ai fait une grosse dépression et depuis j'ai des angoisses. Alors quand vous êtes née à Grenoble, et puis qu'à dix-huit ans sans rien connaître vous partez là-bas, je pense que ça a été le début d'un calvaire. Ça a été le début de la maladie que j'ai eu, j'ai fait une grosse déprime qui revient maintenant, je ressens exactement pareil. J'ai fait des grosses déprimés au Maroc, ça vient de là. Je me suis sentie abandonnée, seule... Ma mère a tellement pleuré. Ça a été le regret de ma vie* » (entretien n° 2).

Ce qui distingue cette première famille d'événements à la seconde réside dans l'imprévisibilité (Grossetti, 2010) des conséquences d'un événement dans le second cas, que l'on ne retrouve pas dans le premier. Pour Mme C., 82 ans, partir vivre au Maroc à 18 ans et laisser ses parents et ses sœurs était potentiellement porteur de difficultés d'adaptation, de regrets. C'était prévisible. Dans la seconde famille d'événements, ceux-ci sont plus ou moins accidentels et entraînent des conséquences imprévisibles : « *ici, c'est avant tout la dimension proprement contingente, la non-nécessité propre au social* » qui s'exprime. Les exemples sont nombreux de parents qui ont perdu un enfant, et le fait de survivre à un de ses enfants a des conséquences jusque dans la façon dont est vécue l'expérience du vieillissement. Cet événement traumatisant, on le verra, peut être synonyme d'impossibilité de réussir son vieillissement, bien que les ressources financières, matérielles ou encore sociales puissent indiquer le contraire (entretien

n° 26). À l'inverse, chez Mme T., 66 ans, la perte d'un nouveau-né à l'âge de 30 ans l'a entraîné dans une complète redéfinition de sa façon d'être, de penser, de sa philosophie de vie. Elle a depuis suivie une thérapie et est devenue elle-même thérapeute. La logique d'action et son horizon des possibles ont été entièrement bouleversés par cet événement : *« Moi j'avais perdu un enfant et j'étais tout le temps dans cette perte, je m'en sortais pas, et ça m'a permis de basculer complètement, et c'est là que je parle d'une nouvelle philosophie parce que la perte de cet enfant, ben c'est le levier du changement chez moi »* (entretien n° 29).

Martuccelli distingue ensuite les tournants de vie, qui peuvent intégrer les logiques précédentes – la prévisibilité ou l'imprévisibilité –, mais qui s'en distinguent par le fait qu'ils agissent comme des ruptures biographiques indépendantes d'un accident ou d'une blessure de vie. Ce sont plutôt des changements dans les croyances, dans les valeurs que fonde un événement particulier. En ce sens l'événement est institué en tournant de vie, hors considération séquentielle, par la personne qui la vécute. Mr F. 67 ans, ancien directeur d'agence bancaire, raconte comment l'armée a été le moyen de changer radicalement de mode de vie : *« Si vous vous laissez faire à l'armée, vous abdiquez toute personnalité à mon avis, parce qu'il y a un cadre tel, tout est prévu, etc., et rester soi-même c'est pas évident. Ça a été mon choix de pas me laisser prendre, et de continuer à avoir une activité intellectuelle. J'ai vu des gens, et je leur ai dit d'ailleurs, pourtant ayant fait des études tout ça, ils cessaient quasiment toute activité intellectuelle, ils restaient à lire des bandes dessinées plus ou moins intéressantes, ils acceptaient de prendre des bitures, tout ça. Moi c'est à la suite d'une soirée où on avait fait que des choses... disons répréhensibles que je me suis dit « René, fais gaffe, tu vas mal finir et te laisser enfermer dans ce système ». L'armée doit changer ta personnalité, mais pas dans ce sens-là. Alors j'ai tout arrêté et je suis allé dans le droit chemin »* (entretien n° 31). L'évocation religieuse derrière cette dernière expression reflète ses engagements paroissiaux et son implication dans les activités religieuses de sa commune à la retraite.

Enfin, Martuccelli liste les bifurcations sociales : *« Souvent associées à une mobilité sociale sensible (ascendante ou descendante), les bifurcations de trajectoire se présentent comme un enchevêtrement particulier, et plus ou moins conscient, entre facteurs événementiels et dimensions structurelles »*. À la différence de la définition qu'en donnent Bessin, Bidart et Grossetti, qui fait de la bifurcation un synonyme de

l'événement, Martuccelli stipule qu'une telle expérience s'inscrit dans un registre social plus large que celui de l'individu, tout en soulignant la particularité propre de l'événement. C'est une dialectique entre une inscription sociale large de l'événement et la singularité de celui-ci, singulier pour l'individu qui le vit, qui est alors à l'œuvre. Bon nombre de personnes interrogées ont connu une ascension sociale au cours de leur carrière professionnelle. Celle-ci est rappelée tout au long des entretiens par les intéressés, le prestige associé à leur « évolution » étant le moteur de leur vie active. L'événement personnel est transcendé par une position revendiquée dans l'échelle sociale.

Ce regroupement d'événements dans des grandes familles a l'avantage de réduire le panorama des différentes conceptions qui se sont développées en sciences sociales des événements qui induisent des changements et des redéfinitions de trajectoires. L'article de Bessin, Bidart et Grossetti (2010b) retrace magistralement la diversité des approches sociologiques relatives à ce que certains nomment l'événement, d'autres la rupture, d'autres encore les bifurcations. Dans le même esprit que les interactionnistes symboliques, Edgar Morin (1974) ou Georges Balandier (1988) ont très tôt donné des conceptions de l'événement ou des bifurcations qui remettaient en question l'importance des déterminismes sociaux⁹⁵. Chez les interactionnistes américains, Hughes, Abbott, Becker ou Goffman ne sont pas les seuls à avoir travaillé sur les *turning points* et les *carrières*. Anselm Strauss (1992) a également théorisé, au prisme des changements dans le processus identitaire, les « *moments critiques* » que connaissent les trajectoires des malades chroniques et qui obligent à reconnaître que l'on n'est plus le même qu'avant et qui poussent à adopter de nouveaux comportements.

L'intérêt de la notion d'événements dans l'étude des façons dont les personnes âgées s'accommodent de l'injonction à réussir son vieillissement tient au fait que l'on peut faire appel aux événements passés, ainsi qu'à ceux qui interviennent dans le vieillissement (Caradec, 2014 : 275), en les inscrivant dans les logiques d'action des

⁹⁵ Georges Balandier (1988) a notamment pensé l'évolution de la société à la suite de la seconde guerre mondiale autour de la notion de bifurcation, à laquelle il ne donna pas de statut théorique : « *L'idée de bifurcation limite l'emprise des déterminismes sociaux, permet de situer des points de liberté, d'identifier des possibles. Les sociétés de la modernité la plus activée commencent à être considérées comme des sociétés de bifurcation ; la sélection des possibles se ferait successivement et progressivement, à la façon dont un parcours est effectué de carrefour en carrefour jusqu'à parvenir à un terme encore inconnu. La nécessité, celle de l'évolution et encore davantage celle de la révolution, s'efface en tant que transformation inéluctable et globale, pour céder la place à des réalisations du social plus incertaines et plus locales* ».

individus dans leur vieillissement. Les événements sont en ce sens des opérateurs d'engagement, par le fait qu'ils bousculent la vie des individus, et donnent une vision dynamique du vieillissement, à l'opposé de la théorie du désengagement précédemment citée.

I.2.2. L'événement : un opérateur d'engagement

L'expérience du vieillissement vécue par les individus interrogés diffère selon les événements passés et présents qui les engagent différemment dans une redéfinition de leur vieillissement. L'engagement ne se réduit pas à un engagement dans une action collective, comme les sociologues l'ont trop souvent pensé (Giraud, 2011 : 13 ; Becker, 2006). Claude Giraud entend l'engagement comme un rapport au monde, composé « *des façons de vivre et de se penser. Le rapport au monde est un rapport à la culture autant qu'aux projets, au passé, autant qu'au présent et au futur, aux objets et aux savoirs autant qu'aux individus, groupes sociaux et institutions* ». Becker abonde dans ce sens, l'engagement permettant selon lui d'analyser les comportements des individus par rapport aux injonctions que peuvent porter certaines institutions. Le terme d'engagement s'intègre dans les analyses des comportements des individus : « *c'est un concept descriptif pour souligner une forme d'action caractéristique de personnes spécifiques. Il s'agit d'une variable indépendante pour rendre compte de certains types de comportements* » (Becker, 2006).

Les événements, tels qu'un divorce, un décès, un veuvage, une naissance, une maladie, etc., sont des événements qui percutent une vie et qui engagent les individus dans des actions différenciées. Ces engagements peuvent se traduire par des changements de vie, de modes de vie et de comportements, ou bien les renforcer et sont rendus possibles par les événements, « *qui agissent comme révélateurs du réel, comme des moments de déstabilisation suivis de réactions de révolte, de refus, d'appropriation de ce qui semble s'imposer* » (Giraud, 2011 : 159). Les modalités de réaction face à un événement et sa capacité à réorienter les parcours de vie peuvent être multiples, mais engagent dans tous les cas les individus dans un processus réflexif qui en retour les amène à agir. L'individu âgé peut alors orienter ses actions dans le but de tout mettre en œuvre pour répondre positivement au souhait de normalisation des comportements portés par les acteurs de la prévention, tout comme il peut agir de façon *non rationnelle* pour ces mêmes acteurs, en construisant un quotidien nouveau sans penser au futur par

exemple. Dans tous les cas, l'événement, en tant qu'opérateur d'engagement, s'inscrit dans une problématique de l'action, que nous retiendrons ici pour tenter d'analyser le sens donné aux événements par les individus interrogés et leur impact sur leur possibilité de « bien vieillir ».

I.2.3. Conception de l'événement et posture épistémologique

La façon dont nous analysons les actions des individus participe d'une double perspective, compréhensive et interactionniste. L'optique weberienne (1965) procède d'un mouvement dynamique en deux temps : compréhension et explication. L'action est alors d'abord pensée en l'attribuant aux individus, c'est-à-dire en la « *comprénant* » à partir de la subjectivité des individus. L'action peut être ensuite expliquée, dans un mouvement de balancement entre les logiques d'actions individuelles étudiées de façon « *compréhensive* » et les données macrosociales qui s'y rapportent. L'action est alors aussi bien ce qui se réalise lors de l'apparition d'un événement, que ce qui s' imagine ou se projette dans les interactions qui s'en suivent.

Cette double perspective d'analyse, permet de concevoir l'action « *comme une création continue, sur une base de négociations, d'accords à rechercher, de marchandages, de solutions nouvelles, sinon dans le fond, mais bien dans la forme* » (Giraud, 2011 : 27) que les individus actualisent lors de la survenue d'événements particuliers, positifs ou négatifs dans la tenue de leur avancée en âge.

Notre approche compréhensive et interactionniste des événements de la vie des acteurs sociaux permet de clarifier notre posture épistémologique face à la complexité des problèmes que pose l'analyse des événements et des bifurcations. Bien que possédant un « *important potentiel heuristique* » (Grossetti, 2004), une telle analyse comporte des enjeux épistémologiques complexes (Bessin, Bidart, Grossetti, 2010b : 32-33) : le travail du sociologue est-il de définir lui-même les événements, les bifurcations selon des critères établis ou bien doit-il considérer que ce sont aux acteurs sociaux interrogés de donner du sens aux événements qu'ils jugent comme étant centraux dans leur avancée en âge ?

Deux postures principales discutées par Bessin, Bidart et Grossetti peuvent être convoquées dans les études sociologiques : une première qui va tendre à objectiver les informations récoltées auprès des acteurs pour construire la réalité. C'est typiquement le

cas d'études qui sont convaincues de l'existence de situations et d'événements plus ou moins imprévus, qui peuvent entraîner des conséquences importantes, du point de vue du chercheur : « *le chercheur adoptant cette position est dans une posture objectivante qui consiste à construire une représentation de l'objet étudié à partir des informations disponibles* » (2010b : 32).

Nous adoptons à l'inverse une posture plus « subjectivante », qui se centre sur le sens que les acteurs donnent aux situations qu'ils vivent. Cette logique compréhensive confie la définition de ce qui est considéré comme un événement, confie « *la qualification des situations et des actions* » (2010b : 33) à l'acteur lui-même. Cette posture compréhensive est au centre du courant de l'interactionnisme symbolique, pour lequel « *le souci est de comprendre le sens que les personnes elles-mêmes donnent à leurs activités* » (Demazière et Dubar, 1997 : 49). Le chercheur analyse alors les significations associées à travers le discours et les actes.

La figure 4, reprise de l'article de Bessin, Bidart et Grossetti, permet de nous positionner pour notre analyse des événements et des situations de vie qui impactent le positionnement des personnes âgées interrogées vis-à-vis de l'injonction à la réussite de son vieillissement dans la troisième case, nommée par les auteurs, « *narrativisme compréhensif* ».

Événements Posture du chercheur	<u>Pour les acteurs</u>	<u>Pour l'observateur</u>
<u>Objectivante</u>	<p>« Déterminisme anti-narratif »</p> <p>Pour le chercheur, l'imprévisibilité n'est qu'un résidu sans intérêt.</p> <p>La « réalité » est ce que l'analyste construit.</p>	<p>« Positivisme narratif » ou « narrativisme réaliste »</p> <p>Le chercheur admet l'existence d'imprévisibilités pouvant introduire des conséquences importantes.</p> <p>La « réalité » est ce que l'analyste reconstruit.</p>
<u>Subjectivante</u>	<p>« Narrativisme compréhensif »</p> <p>Le chercheur s'efforce de comprendre le sens que donnent les acteurs à des « événements » sans prendre parti lui-même sur la réalité ou la nature des événements.</p> <p>La « réalité » est ce qui se passe dans les significations.</p>	<p>« Narrativisme discursif »</p> <p>Le chercheur se donne pour objectif de collecter des discours au sein desquels il recherche la référence à des événements, ou le changement des références dans le discours, sans prendre parti lui-même sur la réalité ou la nature des événements en dehors du discours.</p> <p>La seule « réalité » sociale objectivable est le discours. C'est donc à ce seul niveau que l'on peut déceler des événements et des changements.</p>

Figure 4 : Postures épistémologiques et conceptions de l'événement. Source : Bessin, Bidart, Grossetti, 2010b

Lors des 36 entretiens effectués, nous avons sans cesse questionné le parcours de vie des individus, et tous les changements qu'ils identifient comme tels dans leur discours. Nous n'avons pas proposé dans le guide d'entretien puis dans la conduite de ces derniers d'événements types à questionner, comme le veuvage par exemple, pour laisser la parole aux individus sur ce qui a fait événement dans leur vie, dans un passé lointain ou plus proche. Les conséquences de ces événements ne sont pas pensées *apriori*, mais sont celles que les personnes âgées ont signifié comme étant « réelles » et effectives dans leur quotidien et dans le temps plus long du processus de vieillissement.

Fort de notre positionnement dans le champ de la sociologie compréhensive de l'expérience du vieillissement, il est temps de présenter le dispositif méthodologique de l'enquête et de donner à grands traits les trois grands types de relations des personnes âgées à l'injonction contemporaine au « bien vieillir ».

II. Présentation de l'enquête et du dispositif méthodologique

II.1. L'enquête

Le matériau sur lequel s'appuie cette seconde partie provient de trois enquêtes qualitatives différentes. Nous avons participé dans ces trois enquêtes à l'élaboration des échantillons et des guides d'entretien, à la conduite des entretiens, ainsi qu'à leurs analyses. Enfin, nous avons participé au travail d'écriture de deux rapports de recherche⁹⁶. Ces travaux de recherche ont permis d'établir pour le travail de thèse un échantillon qui fait ressortir la diversité et l'hétérogénéité de la composition du groupe des personnes âgées, en prenant comme « entrée » l'âge de 60 ans. Cette borne est celle retenue dans les statistiques officielles de l'INSEE (2010), ainsi que celle qui donne accès à l'APA, et à la *carrière* institutionnelle qui se construit autour de la dépendance. Cette condition administrative ne garantit certes pas une représentativité de l'échantillon, dans la mesure où les échantillons construits pour les enquêtes ne pouvaient représenter l'ensemble de la population âgée. Mais cela a permis de réunir dans l'échantillon des personnes âgées aux conditions administratives et sociologiques différentes⁹⁷.

La première enquête⁹⁸ portait sur « la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles », pour le compte de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Il s'agissait de sonder les phénomènes de non-recours et de non-adhésion à l'offre de services à domicile des personnes âgées catégorisées comme fragiles ou dépendantes. Ce travail a permis d'intégrer à l'échantillon de thèse 14 entretiens réalisés avec des personnes âgées « officiellement » inscrites dans la catégorie d'action publique

⁹⁶ Gucher C. (dir.), Alvarez S., Chauveaud C., Gallet M.-A., Laforgue D., Vial B. et Warin P., 2011, *Non recours et non adhésion : la disjonction des notions de « qualité de vie » et « qualité de l'aide à domicile »*, contrat CNSA-DREES-MiRe et Gucher C. (dir.), Mansanti D., Guillaudot E., Mollier A. et Alvarez S., 2012 *L'action sociale en direction des retraités et des personnes âgées : bilan, enjeux et perspectives*, CGT – contrat d'études IRES.

⁹⁷ Voir annexe « caractérisation de l'échantillon ».

⁹⁸ Voir annexe « guide d'entretien personnes âgées ».

« dépendance », relevant soit des heures d'aide-ménagère des caisses de retraite pour les GIR 5 et 6, soit des services prestataires ou mandataires d'aides à domicile qui interviennent au domicile suite à la mise en place du plan d'aide personnalisé dans le cadre de l'APA.

Les entretiens mobilisés ici ont été réalisés sur deux territoires du département de l'Isère : la moitié des enquêtés habite en milieu urbain et péri-urbain, comprenant toute l'agglomération grenobloise. La seconde moitié des enquêtés vit en milieu rural, dans les villages de moyenne montagne qui surplombent la vallée du Grésivaudan. D'un point de vue sociologique, ces territoires ont des tonalités très opposées. L'agglomération grenobloise se caractérise par deux tendances : une forte proportion d'ingénieurs à la retraite, vivant notamment dans le centre de la ville de Grenoble ou dans les communes limitrophes relativement prospères, et de nombreux ouvriers et ouvrières retraités, pour une part issus de l'immigration, qui vivent leur retraite dans les communes sud et ouest de l'agglomération grenobloise, où la précarité sociale est en proportion plus élevée (INSEE, 2008). Le second territoire, rural, se compose majoritairement d'anciens agriculteurs ou ouvriers des usines de la vallée (certains cumulant les deux emplois). Sept hommes et sept femmes ont été interrogés. En termes d'âge, les personnes enquêtées ont entre 64 et 95 ans.

10 entretiens intégrés à l'échantillon ont été réalisés dans le cadre de l'Observatoire des Pratiques Sociales des Retraités (OPSR) porté par le Centre PluriDisciplinaire de Gérontologie de Grenoble (CPDG) et sa directrice Catherine Gucher. Il s'agissait de questionner la diversité des modes de vie, aspirations et pratiques sociales des retraités d'une caisse de retraite complémentaire intégrée à un groupe de protection sociale (GPS)⁹⁹, selon les mêmes spécificités territoriales que nous venons de préciser. Six enquêtés habitent dans une commune relativement aisée de l'agglomération grenobloise, les quatre autres résident en milieu rural. L'échantillon se partage entre cinq hommes et cinq femmes. Étant des ressortissants d'une caisse de retraite intégrée dans un GPS, il a été facile de les questionner, de façon évidemment non frontale et directe, sur cette injonction contemporaine à la prévention et à la réussite de son vieillissement. Le public est relativement plus jeune, les âges s'étalant de 61 ans à 80 ans.

⁹⁹ Cf. chapitre 4, partie I.4.

Enfin, 12 personnes ont été interrogées dans le cadre d'une recherche en cours¹⁰⁰ sur les parcours de soins de personnes ayant effectué un bilan de santé dans un centre de prévention AGGIRC-ARRCO¹⁰¹ ou auprès de neurologues d'un centre de recherche sur la mémoire. Qu'il y ait eu ou non un diagnostic donné relatif à des troubles de mémoire et à l'apparition de la maladie d'Alzheimer, toutes ces personnes ont réalisé un bilan individuel dont il a été question dans la première partie. Les personnes ont été recrutées sur l'ensemble du département de l'Isère. Sur les cinq femmes interrogées, quatre n'ont jamais eu d'emplois en tant que tels. Soit elles assistaient leur mari de façon informelle, pour les femmes d'artisans par exemple, en gérant la comptabilité de l'entreprise, soit elles se revendiquent comme « femme au foyer ». Les huit hommes sont essentiellement d'anciens ingénieurs, pour quatre d'entre eux, un a été chef d'entreprise et les trois autres sont d'anciens ouvriers ou employés. Les enquêtés ont entre 70 et 88 ans.

Bien que ces trois enquêtes aient chacune leur propre problématique, leur propre objectif et leur propre guide d'entretien, nous avons eu la liberté de profiter de ces terrains pour adapter chaque guide à notre travail de thèse. Ainsi, à côté des questions relatives aux préoccupations de chacune des enquêtes, nous avons intégré nos propres questionnements et thématiques pour faire un guide d'entretien type relatif à ce travail de thèse¹⁰². Les entretiens se sont tous déroulés au domicile des personnes âgées. Un premier contact téléphonique était établi, lors duquel nous nous présentions comme un membre d'un laboratoire de recherche universitaire sur les questions du vieillissement. Nous parlions alors d'une enquête en cours sur la vie des retraités et des personnes âgées, sur leurs modes de vie, sur leurs pratiques sociales, en insistant sur l'importance de donner la parole aux gens et d'échanger avec eux. Le côté institutionnel de l'université rassure, et plus encore les anciennes générations, et peu de freins ont été mis à une visite à leur domicile pour un entretien.

En nous présentant ainsi comme extérieur à toute institution avec lesquelles les personnes âgées peuvent être en lien dans leur vieillesse, nous recherchions une position d'extériorité signifiant que nous étions dépourvus de tout moyen pour leur apporter un soutien ou exercer sur eux une coercition. Nous souhaitons par là introduire un effet de

¹⁰⁰ Contrat DEMINE-NRDSC (Démence-Inégalités : Non-recours au diagnostic et aux soins et conséquences), fondation Plan Alzheimer. Recherche en cours dirigée par Catherine Gucher, UPMF, SFR Santé Société.

¹⁰¹ Le Centre de Prévention des Alpes de Grenoble (CPA), désormais appelé « Centre Bien Vieillir AGIRC-ARRCO ».

¹⁰² Le guide d'entretien se trouve en annexe « guide d'entretien personnes âgées ».

libération de la parole des personnes âgées, en plaçant l'entretien à distance de la contrainte de conformité aux attentes institutionnelles que peuvent avoir certaines personnes, notamment celles catégorisées comme dépendantes. Nous nous sommes donc toujours appliqués à rendre les entretiens les plus libres possible, en essayant de recadrer lorsque les propos s'éloignaient trop de nos préoccupations. Nous avons à chaque fois rappelé la garantie d'anonymat dans la restitution des propos. Les 36 personnes interrogées ont toutes accepté d'être enregistrées sur dictaphone numérique. Les entretiens ont ensuite été intégralement retranscrits et analysés.

Les entretiens ont été couplés à un recueil ethnographique des impressions retirées et de tous les détails qui ressortaient de notre présence au domicile des personnes âgées. Quartiers d'habitations, lieux de vie, décorations, équipements électroménager, aménagements dans et hors du domicile, tenues vestimentaires, façons de parler, état de propreté, rangement, etc., tout a été consigné dans un souci d'établir une ethnographie des lieux et des personnes. Les éléments recueillis ne sont certes pas exhaustifs, mais ont été précieux pour appréhender l'expérience vécue et conforter certaines analyses.

II.2. Expériences vécues, vieillissement réussi et rapport à la prévention : trois grandes tendances

Étant donné que la prévention dans le vieillissement s'adresse à l'ensemble de la population âgée, tout en se centrant particulièrement sur les plus fragiles qui la composent, penser la diversité des expériences vécues demande de les différencier qualitativement. Il faut ainsi répondre aux questions suivantes : de quelles ressources subjectives, selon les personnes interrogées, et objectives, au regard des injonctions contenues dans la politique de prévention, les individus disposent-ils pour réussir leur vieillissement et reprendre à leur compte l'exigence de responsabilisation ? Quels sont les aspects positifs ou négatifs de l'expérience vécue des individus et comment les mobilisent-ils pour réussir ou non leur vieillissement ? Pour les individus, quels sont les impacts des événements vécus, dans leur parcours de vie et dans leur trajectoire de vieillissement, et quelles possibilités de réorienter le cours de sa vie vers un « bien vieillir » ces événements vécus offrent-ils ?

Ces questions renvoient à celle des changements de logiques d'action et de champ des possibles qu'introduisent les événements particuliers vécus par les individus

durant leur vie et désignés comme tels par les enquêtés. Comment ces derniers établissent-ils le lien entre des événements clés (retraite, veuvage, perte d'un enfant, accident, maladie, etc.), des pratiques et activités quotidiennes et l'expérience même du vieillir telle qu'ils la vivent ? La retraite par exemple peut être vécue comme une « transition en douceur » (Caradec, 2010) ou au contraire comme une rupture difficile à vivre et qui entraîne, au travers de pertes relationnelles, financières ou physiques, une délicate redéfinition du sens donné à sa vie. Elle peut également être une transition acceptée et bien vécue qui devient une étape vers un vieillissement réussi, mais qui est par la suite supplantée par des événements qui impactent négativement les possibilités d'engagement. Un même événement, comme l'apparition de troubles psychiques et/ou de pertes de mémoire, peut entraîner des réactions opposées, d'angoisse et de peur de vieillir, de se voir déclasser socialement pour soi-même et aux yeux des autres d'un côté, ou d'apprentissages, d'adaptations et de mises au jour de techniques personnelles de prévention de l'autre. On le voit, un même événement peut avoir un retentissement différent selon les individus et donner lieu à des expériences très diverses, selon les ressources personnelles et celles de l'environnement social.

Pour comprendre le sens subjectif que les individus âgés interrogés donnent à leur vieillissement, nous nous sommes appuyés sur des entretiens semi-directifs de recherche pour distinguer trois rapports différents à la prévention dans le vieillissement qui s'inscrivent chacun dans une relation particulière à l'injonction au « bien vieillir ». Il ne s'agit donc pas de se situer au niveau des deux grandes manières de vivre la vieillesse que la sociologie du vieillissement a mise à jour : la question n'est pas de déterminer si les personnes qui ont répondu à notre proposition d'entretien se considèrent comme « vieilles » ou refusent de se penser vieilles. Ces deux positionnements idéaux-typiques proposés par Caradec (2003) mettent face-à-face deux types de discours. Le premier provient d'individus qui ne se considèrent pas vieux, car ils n'ont pas le sentiment d'une rupture radicale entre ce qu'ils sont et ce qu'ils ont été. La continuité n'est à l'inverse pas convoquée dans le discours tenu par ceux qui reconnaissent qu'ils sont vieux depuis une rupture dans leur existence. Ces deux idéaux-types, que l'auteur nuance, tant dans un même propos peut se nicher une ambivalence forte et s'entremêler des récits de continuité et de discontinuité, ne disent rien du sens subjectif donné à leur vieillissement : une personne qui se considère comme « âgée » peut tout aussi bien se satisfaire de sa vieillesse et de son vieillissement, tout comme le

refus d'« être vieux » peut cacher un malaise face à son avancée en âge, ou une stratégie de mise à distance des stigmates associés à la vieillesse. La continuité n'assure pas toujours un sentiment positif vis-à-vis de son vieillissement, tout comme une ou des ruptures ne signifient pas nécessairement que l'avancée en âge soit mal vécue.

L'ambiguïté dans le discours des personnes âgées à propos de leur vieillesse et de leur vieillissement reflète l'ambivalence des représentations sociales de la vieillesse et des injonctions paradoxales auxquelles font face les personnes âgées (Puijalon, Trincaz, 2010). « Rester actif, tout en se retirant », ou encore « vivez vieux, mais restez jeune » comme le préconisait déjà le rapport Laroque, sont des discours pétris de contradictions qui annulent les particularités sociales. Dès lors, la question de l'expérience vécue du vieillissement, dans un contexte social d'injonction au bien vieillir et à la responsabilité individuelle, peut se résumer à la question suivante : « Quelles sont les réponses idiosyncratiques formulées par les personnes âgées à la norme contemporaine du vieillissement réussi en fonction de leurs ressources et des événements qui impactent leur parcours de vie et leur trajectoire de vieillissement » ? La réponse à cette question ne peut être que de nature qualitative, puisqu'elle invite à enquêter sur l'expérience vécue, et à interroger cette dernière au regard de la production de normes contemporaines autour des pratiques et des modes de vie dans le vieillissement. La méthode des entretiens semi-directifs est alors la plus appropriée. Les données quantitatives permettent certes d'établir une pluralité de déterminants objectifs et subjectifs de la qualité de vie des personnes âgées dans leur vieillissement (Alvarez, 2009 ; Zimmermann-Sloutskis *et al.*, 2012), mais ne permettent pas de restituer le sens de l'expérience vécue dans la mesure où elles ne décrivent pas les relations complexes entre les événements vécus et les deux aspects de continuité et de rupture qui structurent le processus de vieillissement.

Se dégagent ainsi trois grandes tendances dans les relations des personnes âgées interrogées aux critères normatifs du vieillissement réussi. Chacune de ces tendances a été construite à l'analyse par rapport à la sécurisation du parcours de vie souhaitée par les acteurs de la prévention. Il s'agit donc d'étudier une relation à un objet, le vieillissement individuel, qui est en lui-même une relation et qui se structure autour de divers engagements, relationnels, dans des activités, dans la *carrière* de dépendant, etc. Nous n'avons pas construit d'idéaux-types du fait que la variété des discours ne permettait pas de systématiser l'analyse autour des mêmes critères, des mêmes

éléments : certaines personnes n'ont par exemple pas fait mention dans leur propos de leurs pratiques médicamenteuses, en termes de suivi de traitement médical par exemple, qui est un axe d'action proposé par le PNBV. Certaines n'ont pas abordé la question de leurs pratiques et de leurs habitudes alimentaires, là où d'autres ont détaillé précisément ces aspects de leur vie quotidienne et de leur avancée en âge. Nous avons donc choisi de construire des grandes tendances de relations au vieillissement et à la prévention car les éléments donnés par les personnes interrogées varient grandement selon leur âge, leur parcours de vie, leur lieu de vie, leur situation familiale, etc. Les trois tendances proposées émanent d'une certaine homogénéité repérée dans les propos des individus qui les composent.

Le premier type de rapport au vieillissement réussi regroupe les personnes pour qui le vieillissement est vécu avant tout comme une souffrance, comme un déclin inéluctable. Il est commun aux personnes âgées qui, suite à divers événements clés de leur vie et de leur vieillesse, se trouvent dans l'impossibilité de se conformer aux attentes du bien vieillir. Ils ne mettent pas leurs difficultés présentes sur le compte de leurs comportements ou de leur mode de vie, mais sur une vie globalement difficile, qui est de plus impactée négativement par les événements du vieillissement. En ce sens, ce sont ces derniers qui ont entraîné une redéfinition subie du mode de vie et de l'organisation du quotidien, une perte substantielle des possibilités d'engagement et l'absence de prises sur ces phénomènes non souhaités laissent les individus à distance d'une possibilité de réussir son propre vieillissement et les entraînent dans un sentiment « d'éloignement du monde, d'étrangeté au monde » (Caradec, 2007 : 27).

Certains des individus dont l'expérience vécue du vieillissement se rapproche d'une forme de « mal vieillir » perçoivent négativement leur vieillissement dès la transition de la retraite. Pour d'autres, la retraite n'a pas marqué un changement important dans leur existence, et a été plutôt souhaitée et bien vécue, mais c'est au fur et à mesure de l'avancée en âge que sont survenus des événements qui ont chamboulé les habitudes et les routines, et au final ont perturbé les possibilités d'engagements et de conservation ou de développement de nouvelles activités et relations qui font sens. D'après eux, les supports dont ils disposent à la retraite ne leur offrent pas une marge de manœuvre importante pour négocier leur vieillissement. L'expérience vécue de 14 des individus interrogés au cours de l'enquête se rapproche de cette tendance au « mal vieillir ». Il s'agit essentiellement d'individus peu diplômés, qui ont suivi une carrière

professionnelle d'ouvrier, travaillant dans des conditions difficiles. Plus généralement, ils parlent d'une vie pénible, subie, du fait de leur position au bas de l'échelle sociale, et des faibles moyens dont ils disposent pour faire face aux événements négatifs qu'ils ont connus. Ils vivent alors le vieillissement comme une *épreuve* (Martuccelli, 2006) de plus et sont marqués par la *carrière* du dépendant. L'ensemble de 14 enquêtés ne sont pas nécessairement définis comme « dépendants » par les institutions, mais se placent eux-mêmes dans le processus séquentiel de la *carrière* institutionnelle de la dépendance. La prévention des risques du vieillissement est alors pour eux une préoccupation bien lointaine dans la hiérarchie de leur priorité.

Viennent ensuite les personnes âgées qui définissent leur vécu du vieillissement de façon essentiellement positive. Pour eux, « vieillir, cela s'apprend » (Castelli, 1997) et leurs apprentissages du vieillissement sont favorisés par la disposition de ressources qui leur permettent de conserver les activités qui font sens, malgré la survenue d'événements dont on pourrait penser *apriori* qu'ils entravent le bon déroulement de leur vieillissement. Les ressources ne sont pas uniquement d'ordre financier ou social. Dit autrement, ce ne sont pas uniquement les personnes les plus favorisées socialement, celles qui ont été le plus satisfaites de leur carrière professionnelle et de leur positionnement social qui tendent vers une vision particulièrement favorable de leur vieillissement. Ce qui est central dans leur expérience propre est la capacité d'adaptation qu'ils mobilisent lors d'événements particuliers qui réorientent leur vie. Comme le préconise le « bien vieillir », les personnes qui se rapprochent de l'attente sociale expriment une adaptation aux conditions nouvelles qui découlent de moments particuliers, un apprentissage aux spécificités du vieillissement et la mise en place de stratégies souvent toutes personnelles dans les activités les plus quotidiennes. Ces individus ne raisonnent pas en termes de pratiques préventives et de changements de leurs comportements et de leur mode de vie. À l'inverse, réussir son vieillissement est possible à la condition de maintenir une certaine continuité de vie, de valeurs, de comportements, dans les ruptures qu'ils identifient comme telles. Savoir s'adapter dans les changements est une compétence développée tout au long de leur vie et qui doit être entretenue à la retraite pour que le vieillissement puisse être vécu et pensé comme « réussi ».

11 personnes âgées se retrouvent dans cette tendance à s'adapter aux événements du vieillissement et à prendre appui sur ces derniers pour que leur vie garde le sens

qu'ils souhaitent leur donner dans leur vieillissement. Bien que la majorité des personnes concernées aient un entourage familial et amical important qui leur assure des engagements dans des relations sociales, cette condition n'est pas nécessaire à la formation d'un sentiment positif vis-à-vis de son vieillissement. Quelques enquêtés ont eu de nombreux problèmes de santé durant leur retraite, qui les handicapent au quotidien, mais qui n'entraînent pas de difficultés insurmontables à vieillir. De même, alors que nous pourrions penser *apriori* que les personnes les plus jeunes qui composent l'échantillon sont celles qui tendent à vivre leur vieillissement de façon positive, du fait d'un plus faible nombre de « moments critiques » du vieillissement potentiellement vécus, l'analyse met en lumière le fait sur les 11 individus qui estiment se réaliser dans leur vieillissement, 8 ont plus de 80 ans, et malgré leur grand âge, ou leur « dépendances », sont encore parfaitement intégré au monde qui les entoure.

Enfin, la troisième grande tendance qui ressort de l'analyse des entretiens fait apparaître chez certains enquêtés une forte ambivalence face à la prévention dans le vieillissement et à l'injonction contemporaine à « bien vieillir ». Ces personnes âgées sont pour la plupart d'entre elles celles qui accordent le plus d'importance dans leur vieillissement à des actions de prévention, ce sont celles qui ajustent quotidiennement leurs comportements et leur mode de vie pour que les risques du vieillissement n'entament pas leurs capacités dans leur avancée en âge. Mais dans le même temps, et malgré cette optique préventive adoptée, réussir leur vieillissement est selon eux impossible. Cette impossibilité de réussir son vieillissement s'explique majoritairement par le fait que les individus voient et vivent leur vieillissement comme porteur d'atteintes au prestige social acquis à la suite de leur carrière professionnelle. Dans l'ensemble, le vieillissement fait peur à ces retraités qui ont occupé des positions sociales valorisées et valorisantes dans la sphère professionnelle, qu'ils soient parti de rien comme A., 67 ans, ancien chef d'entreprises prospères né orphelin, qui situe le premier accident de sa vie au moment de sa naissance (entretien n° 30), ou qu'ils soient issus de familles aisées. Vieillir, c'est forcément « mal vieillir », car malgré des capacités d'adaptation aux événements qu'ils rencontrent, le vieillissement est vécu comme un déclassé.

L'expérience vécue de « l'ambivalence de la prévention » concerne 11 personnes. Ce sont essentiellement d'anciens ingénieurs ou chefs d'entreprise, qui avaient des réseaux de relations professionnelles et/ou amicales multiples et larges.

Cette peur du déclassement social peut aussi se retrouver chez des retraitées vivant en milieu rural, qui ont pu dans leur vie active s'élever socialement, mais qui « retombent » dans leur milieu social d'origine à la retraite. Bien que tout soit mis en place dans leurs comportements pour favoriser le bien vieillir, celui-ci est de toute façon inatteignable. Ces personnes ne raisonnent pas en termes de catégories ni de *carrières*, elles refusent d'être insérées dans la catégorie des retraités, qu'elles jugent dégradante, et se tiennent à distance de la *carrière* de la dépendance, qui représente pour eux la déchéance suprême du vieillissement.

Ce sont ces trois relations au « vieillissement réussi » qui sont exposées dans les trois chapitres qui suivent. Le « mal vieillir », l'« apprentissage du vieillissement » et l'« ambivalence face à la prévention » apparaissent comme les trois relations à la prévention et au « bien vieillir » qui ressort de l'analyse des entretiens. Bien que la question de l'ambivalence face à l'expérience du vieillissement et aux normes du bien vieillir se retrouvent dans les trois tendances proposées, elle se retrouve le plus clairement dans les propos de celles et ceux qui voient le vieillissement comme une atteinte à leur position sociale.

Chapitre 6

Vieillir,

un déclin inéluctable

Introduction

Dès lors que le parcours de vie et/ou la trajectoire de vieillissement connaissent des inflexions à la suite d'événements particuliers pensés essentiellement au prisme de leurs impacts négatifs, l'ensemble des caractéristiques qui donnaient sens à l'existence est mis en désordre. Plus largement, c'est l'organisation du quotidien, les possibilités d'engagement, dans des activités ou dans des relations, et l'envie de vieillir qui se retrouvent « sens dessus dessous », expression utilisée également dans certains entretiens par les personnes pour qualifier leur sentiment face à leur vie. Les individus mettent volontiers en avant leurs difficultés, nées d'accidents de santé, de traumatismes dus à une vie difficile, pénible et qui impactent le vieillissement. Dans le face-à-face de l'entretien, ils formulent des raisons objectives qui les entraînent, ou les ont entraînés, dans un « mal vieillir ». Ils rationalisent ainsi leur inscription dans la *carrière* institutionnelle de la dépendance. Cette rationalisation passe par la reconnaissance des difficultés introduites par la demande de réorientation de leur vie suite à des problèmes vécus, réorientation qui se fait dans le sens d'un déclin progressif de l'envie et des capacités à poursuivre ce qui faisait sens pour eux.

Leur installation dans la *carrière* de la dépendance, bien que toutes et tous ne soient pas reconnus officiellement comme « dépendant », leur fait connaître une transformation de leur vision de la vieillesse : les individus intériorisent et s'imprègnent des représentations sociales les plus négatives de la vieillesse. Si cela a été pertinemment montré dans le cas de l'impact de la santé dans le vieillissement sur les représentations sociales de la vieillesse chez les personnes âgées elles-mêmes (Coudin et Paicheler, 2002), les problèmes de santé ne sont pas les seuls éléments qui font que le versant négatif, péjoratif des représentations sociales (Alvarez, 2012) de la vieillesse pénètre les personnes : des conflits avec un des enfants, le peu de visites des petits-enfants ou plus généralement la baisse tendancielle des relations avec autrui peuvent être par exemple vécus comme des signes de l'ingratitude ambiante envers les anciens. Les personnes âgées qui se disent dépendants, vieux et en mauvais état s'assignent un statut dévalorisant, tout en reprochant à la société une telle assignation (entretiens 2, 7, 13, 15, 17, 28).

Celles et ceux que l'on regroupe sous cette même tendance à mal vivre leur avancée en âge sont celles et ceux qui mettent plus volontiers en avant dans les

entretiens leurs nombreuses difficultés, pour attester de leur adhésion à la catégorie de la dépendance, que cette dépendance soit effective ou pas, c'est-à-dire reconnue ou non par l'instance de gestion de la prestation, à savoir le conseil général. À mesure que la dépendance croît, elles élaborent de nouvelles rationalisations pour justifier des contrariétés qui bouleversent leur vieillissement. Dans les discussions, les personnes font état de freins au « bien vieillir », freins qu'elles considèrent comme objectifs et manifestes. Ces éléments de rationalisation de l'installation dans la catégorie de la dépendance renvoient pour une majorité d'entre eux à la « carrière morale des dépendants » au cours de laquelle les individus font l'apprentissage du « mauvais vieillissement », comme certains le nomment. Nous avons vu plus haut dans ce travail que le concept de *carrière* a été élaboré par Everett Hughes autour d'une double dimension, objective et subjective¹⁰³. La dimension subjective renvoie aux aspects moraux de la *carrière*, qu'Erving Goffman définissait comme « *le cycle des modifications qui interviennent dans la personnalité du fait de cette carrière et aux modifications du système de représentations par lesquelles l'individu prend conscience de lui-même et appréhende les autres* ». Ces représentations sont dépendantes de ce que les contingences et les moments particuliers de la vie introduisent dans les pratiques, dans le quotidien et *in fine* dans le sens du vécu. La personnalité et le système de représentation se modifient à la suite d'expériences propres à chacun. Cette *carrière* morale se caractérise ainsi par un processus d'intériorisation progressive d'une nécessité de redéfinition du quotidien, les événements jouant comme des étapes d'un cheminement qui amène vers la dépendance et la dégradation de son rapport à soi-même et au monde.

Toutes et tous ne se considèrent cependant pas comme dépendants et n'épousent pas la *carrière* subjective de la dépendance. Certaines personnes, minoritaires parmi les enquêtés qui se retrouvent dans cette tendance au « mal vieillir », ont eu à faire dans le passé à des institutions sociales envers qui ils accordaient une confiance dans leur capacité à accompagner et prendre en charge les personnes lors de coups durs : mairie, sécurité sociale, médecine du travail, CCAS par exemple. Une fois cette confiance déçue après des combats qui se sont avérés vains, ils ne veulent plus rentrer dans des catégories d'action publique définies par des « *grosses têtes* » (entretien n° 22), signifiant par là des personnes à la position sociale bien plus élevée que celle de

¹⁰³ Cf. chapitre 2, partie I.1.

« *simples ouvriers* ». La dimension de différenciation sociale fonctionne tout autant pour les personnes inscrites dans la *carrière* morale de la dépendance, que pour ceux, moins nombreux, qui s’y refusent. D’un côté les uns revendiquent une vie difficile, une carrière professionnelle passée dans des conditions de travail d’un autre temps, pour justifier de leur santé dégradée dans leur vieillesse, bien que toutes et tous n’aient pas de problèmes de santé avérés (entretien n° 2, 6, 12). De l’autre, les personnes âgées qui ont exprimé un fort ressentiment face aux institutions sociales qui prennent en charge des problèmes des citoyens l’expliquent par le fait que leur positionnement au bas de l’échelle sociale ne leur permet pas de prétendre être aidés par des *dominants* déconnectés de leur préoccupation (entretien n° 22, 32, 36). Ce regard ambivalent sur les institutions publiques est donc dans tous les cas pensé sous un rapport dominant/dominé. Le vieillissement est mal vécu, parfois qualifié de « mauvais », car il s’inscrit à la suite d’une vie que nous pouvons qualifier de « spoliée ».

La vie, lorsqu’elle est pensée dans un rapport de domination, se construit autour d’un sentiment d’exploitation de leur force de travail et de leur corps pour la plupart de ces personnes. Elles parlent d’une vie de labeur éprouvante, et ne peuvent alors répondre aux exigences de prévention dans leur trajectoire de vieillissement. En ce sens, ce qui apparaît très clairement dans les entretiens est que le gouvernement des corps, dans la logique foucaldienne, s’est exprimé sur eux durant leur vie active, durant leur carrière professionnelle, et que cette forme de domination impose ses marques jusque dans leur vieillesse. Ce n’est donc pas dans la prévention que s’affirme une forme de pénétration du pouvoir jusque dans leur chair. Cette dernière est marquée depuis longtemps par leur condition sociale, leur place au bas de l’échelle sociale, et les modes de vie qui en découlent : « *Quand vous avez été ouvrière toute votre vie, faut pas vouloir vivre comme la bourgeoise. Le soir une soupe, et si on a la chance d’y mettre un bout de lard, on est déjà content. Et à la retraite, ben on a une retraite d’ouvrière, faut pas s’attendre à avoir une retraite dorée. Alors on fait avec ce qu’on a, comme on a toujours fait* » (Mme C., 90 ans, entretien n° 12).

La biopolitique n’a aucune relation avec une quelconque démarche de prévention, laquelle est impossible à intellectualiser pour ces personnes qui se tiennent à distance de la demande sociale, tant le sentiment prédominant est celui d’une domination sociale qui s’exerce sur leur corps depuis toujours. La réponse de Mr E., 75 ans, qui a quitté l’Algérie à l’âge de 20 ans est sans équivoque : « *Question : Vous*

pouvez me parler de votre parcours professionnel ? Mr E. : *Ah ben dis donc, j'ai 44 ans de travaux forcés. Quand j'y appelle travaux forcés, c'est travaux forcés. [...] Dans les travaux publics, on me faisait passer là, travailler sur les chargements, déchargements, sur le marteau piqueur, sur le plasma... sur tout le bazar. Et puis après je suis rentré dans l'usine, j'ai voulu changé de métier, parce que les travaux publics, à l'époque... Mais l'usine, c'était pire. Le chlore, l'acide, la soude... Et le pire, c'est l'amiante »* (entretien n° 22). Malade de l'amiante, sa retraite se vit sous le sceau des supplices infligés à son corps durant sa vie professionnelle.

Ce que nous avons appelé le « vieillissement comme déclin inéluctable » présente trois caractéristiques majeures. Le vieillissement est tout d'abord vécu comme une *épreuve*. Cette *épreuve* les entraîne, au niveau du « faire », des activités, et du processus actif de réorganisation de l'existence au cours du vieillissement qu'est la *déprise* dans le type le plus négatif de la *déprise* qu'est l'abandon des activités. Enfin, lorsque le rapport à la prévention est abordé, c'est toujours en lien avec le parcours professionnel et les conditions de travail, confortant par là le déplacement de l'analyse foucaldienne vers le temps de la vie active. Mr S., 86 ans, venu travailler en France dans le but de rentrer en Algérie à sa retraite, est désormais dépendant du système de soins français et ne peut réaliser son souhait de rentrer au pays : *« Prévenir quoi maintenant ? Y'a plus rien à prévenir ! C'est trop tard, c'est avant qu'il fallait venir me parler de prévention, et de faire attention à ceci ou cela. Là oui, je vous aurai suivi. Maintenant, faut pas venir me dire ce que je dois faire quand on m'a laissé bosser comme un... enfin, dans des conditions comme ça »* (entretien n° 25).

I. L'épreuve du vieillissement

Pour comprendre l'expérience vécue des individus dont la trajectoire se rapproche d'un « mal vieillir », nous nous sommes d'abord attachés à analyser, dans les entretiens, la façon dont ils définissent leur relation au vieillissement, à leur propre vieillissement. Un élément de la *carrière* de dépendant, c'est-à-dire de l'élaboration de justifications, est apparu comme déterminant. Pour justifier de leur inscription majoritaire dans la *carrière* de dépendant, et plus largement dans une trajectoire du « mal vieillir », les individus insistent sur le fait qu'ils vivent le vieillissement comme une *épreuve*. La transition de la retraite conduit l'individu à ne pas l'appréhender

seulement comme un passage vers un nouveau statut. La retraite paraît opérer une confusion des catégories – actif/retraité – que la société salariale était parvenue à cloisonner (Schnapper, 1989). La retraite est la continuité de la vie active dans le sens où elle ne remet pas en question de manière fondamentale son inscription sociale dans les couches basses de la société. Le sentiment de disqualification sociale (Paugam, 2009) qui prédominait dans leur parcours de vie est renforcé à la retraite par les événements essentiellement négatifs qui ressortent des entretiens.

La notion d'*épreuve* a été forgée par Danilo Martuccelli dans son étude consacrée à l'individuation dans la société française contemporaine. L'auteur explore alors les épreuves que vivent les individus, qu'il définit comme « *les défis historiques socialement produits, inégalement distribués, que les individus sont contraints d'affronter* » (2006 : 12). Les *épreuves* se comprennent dans une double dialectique, puisqu'elles sont des produits de la société et de son fonctionnement, tout en intéressant au plus près les individus. Elles questionnent en effet la manière dont les individus, dans leurs expériences individuelles, se confrontent, surmontent, et agissent différemment en fonction de leur environnement social : « *Les épreuves sont le résultat d'une série de déterminants structurels et institutionnels, se déclinant différemment selon les trajectoires et les places sociales. [...] Elles permettent, tout en gardant au premier plan les changements historiques et les inévitables effets du différentiel de positionnement social entre acteurs, de rendre compte de la manière dont les individus sont produits et se produisent* » (2006 : 10-11). Martuccelli dégage diverses *épreuves* propres à la société française moderne et qui ponctuent les parcours de vie des individus, et ce dès l'enfance. « L'empreinte scolaire » est par exemple une *épreuve* à laquelle sont confrontés les individus tôt dans leur vie. La nature de cette *épreuve* scolaire s'articule autour de la sélection sociale qu'opère l'institution scolaire et de l'empreinte, de la marque que le jugement scolaire inscrit en soi-même tout au long du cursus éducatif. Les mêmes conséquences sur la façon dont un individu est construit et se construit se retrouvent au cœur de l'*épreuve* du travail, ou encore de celle de la famille.

Le travail de défrichage des grandes *épreuves* modernes amorcé par Martuccelli se poursuit dans les sciences humaines et sociales. Caradec (2007) a alors proposé de caractériser « l'*épreuve* du grand âge ». L'auteur postule que les difficultés, nées des changements qui interviennent dans le processus de vieillissement et qui transforment le rapport à soi et au monde, sont constitutives de l'*épreuve* du « grand âge ». Cette

catégorie, qui ne procède d'aucune définition précise, est utilisée pour souligner que la part des personnes très âgées, qui vivent bien au-delà des 80 ans, est une nouveauté historique et que l'expérience vécue du « grand âge » fait face à une plus grande probabilité d'apparition d'événements qui impactent négativement la trajectoire de vieillissement. Vieillir devient alors l'*épreuve* centrale du vieillissement, *épreuve* qui se vit dans une tension entre un « éloignement du monde » et un « maintien dans le monde » (Caradec, 2007 : 31).

Dans un article de 2014, Caradec ne réserve plus la notion d'*épreuve* au seul grand âge. Le vieillissement, quel que soit l'âge des individus, peut être vécu comme une *épreuve* à partir du moment où le franchissement de moments de transition, d'événements particuliers amène à une réorganisation de sa vie quotidienne, de son rapport aux autres, et du sens donné à son vieillissement. Le vieillissement devient une *épreuve* dès lors que ces transitions et événements mettent les individus face à « *des contraintes et des difficultés nouvelles. Ces difficultés constituent une épreuve pour ceux qui s'y trouvent confrontés* » (Caradec, 2014 : 286).

Cette *épreuve* du vieillissement, qui n'est donc pas dépendante du seul facteur âge, se décline différemment selon les individus, en fonction des ressources différentielles sur lesquelles l'individu peut s'appuyer pour la surmonter. Les ressources différentielles face à l'*épreuve* du vieillissement renvoient tout autant au parcours de vie qu'à la manière dont le passé s'actualise dans le présent. En ce sens, l'état de santé, qui est plus ou moins bien préservé selon la carrière professionnelle passée, devient dans le vieillissement un frein à un vieillissement réussi. Chez 9 des 14 enquêtés qui vivent le vieillissement comme une *épreuve* de plus dans leur parcours de vie, des problèmes de santé dus à une vie de travail et à des conditions de travail difficiles sont à l'origine d'une trajectoire de vieillissement qui se vit sous le signe du déclin. Ils font face à la « double peine » relevée par Cambois, Laborde et Robine (2008) : les ouvriers sont ceux qui connaissent le plus d'années d'incapacités au sein d'une vie plus courte. Ce n'est donc pas l'âge qui est le facteur premier dans l'*épreuve* du vieillissement, mais la faiblesse des ressources monétaires, relationnelles et des opportunités d'engagements, impactées par des événements du parcours de vie tout autant que par la place sociale occupée : « *les inégalités dans les parcours de vieillissement sont le produit des inégalités sociales passées* (Caradec, 2014 : 286). Le vieillissement peut alors être vécu comme « une épreuve de plus » pour les personnes qui pensent leur vieillissement par

rapport à tous les événements négatifs vécus dans leur parcours de vie. Pour d'autres, ce sont avant tout les événements spécifiques au vieillissement qui font que ce dernier est vécu comme une *épreuve* inattendue.

I.1. Le vieillissement, une épreuve de plus

Mr H., 61 ans, celui-là même qui a perdu ses parents très jeune et qui a vécu et travaillé chez son oncle paysan durant son enfance, est à la retraite depuis six mois. Couvreur-zingueur chez un artisan pendant trente-trois ans, sa vie a basculé lorsqu'à 48 ans, trois infarctus dans la même journée l'ont éloigné définitivement du monde du travail : *« Le jour où ça m'est arrivé mes infarctus, parce que j'en ai fait trois le même jour, je suis allé au boulot comme si de rien n'était. Et puis voilà, à midi ma vie était finie. J'en ai fait un au boulot, je savais même pas ce qu'il m'arrivait. Au mois de novembre, j'étais au boulot en short et torse nu, j'avais chaud et tout. J'avais fait un infarctus en fait, je le savais même pas. Il a fallu que je vienne ici, que je dise à ma femme que j'étais pas bien, pour en faire un là, par terre, et celui-là, bien comme il faut. Et voilà, un mois après, ces messieurs de la sécurité sociale, de la médecine du travail et tout le bordel, « monsieur, on arrête tout ». Une rupture nette »* (entretien n° 32). Commence alors pour lui un parcours dans les arcanes des administrations et de leurs catégories qu'il se refuse d'intégrer moralement, tant leur fonctionnement n'est pas compris par Mr H. : *« A 48 ans, on m'a dit que j'étais plus bon à rien. [...] De 48 ans jusqu'à maintenant, je touchais une prime d'invalidité, j'étais considéré comme invalide, et quand on est considéré comme invalide, on a pas le droit de travailler. J'avais trouvé un autre travail pourtant, la nuit dans l'usine des seringues, chez Benson-Dickinson. Et ben non j'avais pas le droit. Sauf que depuis six mois, je suis à la retraite, et le comble de l'affaire, c'est que depuis que je suis à la retraite, je peux retourner au boulot. C'est pas beau la vie ? Je peux retourner au boulot, parce que je suis plus dans la même catégorie, je suis plus invalide, je suis retraité. J'ai plus de 60 ans, je suis toujours invalide, j'ai toujours des problèmes cardiaques hein, ils se sont pas envolés, malheureusement mes stents, ils sont toujours là, mais je suis retraité, j'ai le droit de travailler. C'est complètement con »* (entretien n° 32).

Le passage à la retraite n'est pas vécu comme une étape dans son parcours de vie et l'assignation à un nouveau statut. Au contraire, la retraite introduit une *épreuve* de plus, qui découle du problème de santé. Le changement de catégorie entraîne une perte

substantielle de ressources et demande une redéfinition des pratiques quotidiennes et des priorités. La faiblesse des ressources monétaires réduit les opportunités d'engagement grâce auxquelles Mr H. et sa femme se sentaient participer à la vie sociale et leur permettaient de vivre dans le présent. L'angoisse du lendemain a envahi Mr H., qui ne se sent plus vivre, et se demande si ça « *vaut le coup de vivre comme ça ?* » : « *L'invalidité, c'est demi-salaire sans les primes. Donc je touchais la moitié de ce que je touchais au boulot. Et la retraite, depuis six mois, c'est encore pire. [...] Moi je m'attendais pas à avoir une retraite de merde comme ça. On fait quoi aujourd'hui avec 680 euros par mois ? J'ai 450 euros de loyer. Franchement ? Il nous reste 200 euros et j'ai 100 euros de prélèvement pour l'eau, l'électricité, le gaz, comme tout le monde. Il nous reste 120 euros. [...] Les loisirs, c'est quoi ? On a cette télé, voilà. On bouge pas. Même on a une voiture, je sais même pas si on va pouvoir la garder. Juste pour faire les courses. Ah non, c'est pas terrible. La vie, elle change en une seconde* » (entretien n° 32). La retraite est vécue comme une angoisse tant elle sclérose les opportunités d'« exister » - « *je n'existe plus* » nous dira-t-il, ou encore « *Il vaut mieux être au cimetière que de vivre ce que je vis* » -. Durant l'entretien, il sortira son carnet de comptes sur lequel il anticipe absolument toutes ses dépenses : combien il pourra mettre dans les courses du mois, ce qu'il pourra offrir à ces petits-enfants pour leur anniversaire, le nombre de jours que doit durer la bouteille de gaz, etc. Son vieillissement est vécu comme une souffrance, car les ressources –pas seulement financières, mais également relationnelles - dont ils disposent ne sont pas, ou plus suffisantes, depuis son accident de santé, pour le vivre comme il l'entend. Plus de possibilités de payer la gymnastique à sa femme, d'offrir des cadeaux à ses petits-enfants, d'inviter des amis à manger. Le repli sur soi et le ressentiment envers une vie qui ne lui a pas fait de cadeaux caractérisent sa trajectoire de vieillissement.

Le vieillissement est alors vécu comme une *épreuve* de plus, car il est un élément supplémentaire du parcours de vie qui éloigne de la possibilité de se réaliser. Celles et ceux qui vivent le vieillissement comme une *épreuve* de plus, sur un mode négatif, le font au regard de toute une vie passée qui n'a offert que peu de moments réjouissants. Une déprime latente chez Mme A., 85 ans, depuis la mort d'un nouveau-né lorsqu'elle avait 22 ans s'est transformée en grosse dépression au soir de sa vie. Elle convoque cet événement pour expliquer sa perte d'envie de vieillir et l'apparition de troubles de santé psychiques (entretien n° 34). Pour Mme P., 64 ans, ancienne agent de

service dans un hôpital, victime d'une rupture de la coiffe à l'âge de 58 ans, le début de l'entretien a été pour elle le moment de lâcher, pêle-mêle, tous les événements de son parcours de vie qui font qu'aujourd'hui, elle vit sa retraite dans d'innombrables regrets : « *Question : On va donc parler ensemble de votre parcours de vie, puis de votre vie à la retraite... (elle coupe). Mme P. : Oh ben, j'ai fait que des erreurs. Je me suis mariée jeune dans ma région à Vierzon, puis j'ai divorcé à 29 ans et je suis partie, j'ai voulu changer de région. Après avec ma fille on se parlait plus, et j'ai voulu retravailler malgré la rupture de la coiffe, je m'en veux parce que j'avais été reconnue en maladie professionnelle. Je l'ai pas assez enrichie ma vie, et maintenant je suis dans les regrets, les reproches. J'ai eu une fin de carrière difficile, ma mère est décédée, avec ma fille on s'entendait pas, mon chat qui est mort. Et puis ma retraite a débuté il y a trois ans avec un cancer, maintenant c'est fini, mais tout ça, ça fait que suis très angoissée, je vis pas, je vis pas* » (entretien n° 28). Cet extrait d'entretien, qui reprend les premières secondes de la discussion, montre à quel point la vie de cette femme est en désordre. Démêler les différents événements qui font qu'aujourd'hui, son vieillissement est vécu sur un mode négatif est pour elle impossible, tant chacun semble imbriquer dans un autre et paraît décupler ses effets délétères sur son avancée en âge « *Y'a eu ces événements de perdre ma mère à Vierzon, ma fille qui était dure avec moi. Bon y'avait aussi certainement cette fragilité endocrinienne qu'on avait pas gérée, parce que pour les femmes, tout ce qui est endocrino, c'est pas évident. En ce moment, j'ai le palpitant [elle garde la main sur le cœur un long moment]. Je sais pas... C'est vrai, je me dis « t'as quel âge ? T'en es où ? T'as un problème ma fille* » (entretien n° 28).

Pour ces personnes qui ont connu un enchaînement des événements impactant leur vie, ces événements ne sont pas pensés indépendamment les uns des autres, mais forment pour les personnes qui y sont confrontées comme un système dynamique où chacun d'entre eux est pensé dans son lien avec d'autres. Les individus parlent de leur vie et de leur vieillesse comme si un cycle négatif les présidait, et ce depuis toujours. Ces personnes parlent en effet de difficultés qu'ils affrontent depuis leur naissance ou très tôt dans leur vie et la fatalité n'est jamais loin quand il s'agit de mettre des mots sur sa propre expérience du vieillir : « *Question : Vous n'êtes pas né en France ? Mr S. : Non en Algérie. Je suis arrivé ici à 25 ans. Mais avant, j'en parle jamais, parce qu'on me croira pas de ce que j'ai vécu. Ce que je vis maintenant, ça peut paraître rien à côté. Le diabète, bon on m'a dit que c'est grave quand même, parce que j'ai les doigts du*

piéd qui sont infectés. C'est pour ça que je peux pas rentrer chez moi. C'était écrit, depuis le départ » (Mr S., 86 ans, entretien n° 25). Ce monsieur, qui vit aujourd'hui encore en foyer Adoma¹⁰⁴, ne peut rentrer en Algérie pour vivre sa retraite, comme il l'avait planifié dès son arrivée en France à l'âge de 25 ans, car il est dépendant du système de soins. Rentrer en Algérie, c'est prendre le risque de ne pas pouvoir soigner son diabète et ses autres problèmes de santé. Mme C. 82 ans, qui n'a pas de maladies avérées, bien qu'elle use de stratégies pour ne pas s'exposer au regard et au jugement des autres, convoque le destin, la fatalité ou quelque chose qui la dépasse depuis sa décision de partir à 18 ans au Maroc pour suivre son mari et l'enclenchement d'une dynamique de vie négative pour qualifier sa relation à son vieillissement : « *Dans le fond j'ai honte de discuter avec les gens parce que je me dis qu'ils vont s'apercevoir que je suis malade. Mais ils se rendent compte de rien. C'est moi qui me dis ça [...]. De toute façon, c'est à partir de là [son départ au Maroc très mal vécu à l'âge de 18 ans], que tout s'est enclenché. Une fois qu'on est dans une mauvaise pente dans la vie, on a beau faire...* » (Mme C., 82 ans, entretien n° 2). Le vieillissement et les troubles qui l'accompagnent en font une *épreuve* de plus qui se nourrit de la dynamique des événements passés.

I.2. Le vieillissement : une épreuve inattendue

Si le vieillissement consiste pour certains en une « épreuve de plus », d'autres ne convoquent pas les difficultés connues dans leur parcours de vie pour expliquer leur vécu du vieillissement. Des événements importants ont pourtant jalonné leur parcours de vie, comme des problèmes de santé (entretien n° 13), ou un grave accident ayant touché le conjoint lorsque celui-ci travaillait encore (entretien n° 12), mais ils n'apparaissent pas dans les discours comme étant un élément de ce que sont les personnes aujourd'hui. Ils parlent de ces moments comme des éléments du passé, mais qui n'ont pas forcément de conséquences sur leur vieillissement et leur vie à la retraite. Celui-ci est davantage vécu comme une *épreuve* inattendue, tant ces personnes disent avoir vécu le passage de la retraite comme un moment de transition vers une vie apaisée, faite de projets, de repos et de « bonheur ». Ce terme revient souvent dans les entretiens pour qualifier comment était pensée la vie à la retraite dans les dernières

¹⁰⁴ Anciennement foyer SONACOTRA (pour Société Nationale de Construction de Logements pour les Travailleurs), les foyers ADOMA sont des foyers d'hébergement pour les travailleurs migrants. De nombreux retraités continuent à vivre dans ces foyers lors de leur retraite (Attias-Donfut, 2006 ; Gallou, 2005).

années la précédant. Ce bonheur n'a été cependant que très éphémère, le basculement vers une forme de « mal vieillir » s'effectuant autour d'un événement imprévisible (Grossetti, 2010), imprévu et non souhaité.

Parfois cet événement peut paraître comme moins important, moins grave et moins influant dans le vieillissement que d'autres raisons *a priori* objectives qui amènent vers un mal vieillir. C'est le cas de Mme G., 76 ans, qui a appris à l'âge de 58 ans qu'elle était atteinte de la maladie de Parkinson. Ancienne femme de ménage chez des particuliers et pour des entreprises de nettoyage industriel, le diagnostic ne lui a pas empêché de poursuivre son travail jusqu'à la retraite : *« ça fait bientôt 20 ans que j'ai la maladie de Parkinson. Mais ça fait bien... combien... 7 ans, que je suis vraiment handicapée. Avant, je marchais, je travaillais, je faisais tout. Même malade j'allais travailler. [...] J'étais suivi par un rhumatologue, puis après mon médecin traitant m'a envoyé chez un neurologue. Et peu après on a découvert une scoliose chez moi. Question : D'accord. Comment vous avez vécu la fin de votre carrière au travail avec l'apparition de cette maladie ? Mme G. : Oh ben rien, j'ai travaillé. J'ai continué jusqu'à ce que je puisse m'arrêter, ça a pas changé grand-chose »* (Mme G., 76 ans, entretien n° 13). Voir Mme G., désormais en fauteuil roulant, parler de l'apparition de la maladie de Parkinson peut amener l'observateur, extérieur à la vie de Mme G., à penser que l'événement central du parcours de vie de cette personne se trouve dans l'annonce du diagnostic, que toute sa vie en est depuis impactée.

Deux ans avant la retraite, l'apparition d'une telle maladie invalidante peut mettre fin aux projets établis pour la retraite. Ce n'est pourtant pas le cas pour Mme G., qui parle de la transition de la retraite comme d'un moment positif de projection dans un futur radieux, dont la première pierre est l'achat d'une maison dans un village de moyenne montagne, surplombant l'agglomération grenobloise : *« Question : Comment vous avez vécu ce passage à la retraite, finir le travail pour entrer dans un nouveau moment de votre vie, vous l'avez vécu comment ? Mme G. : Oh ben j'appréciais. Après 33 ans de ménage, on est fatiguée, alors j'appréciais ! Et puis ça a été le moment de finaliser notre projet, on habitait Grenoble avant, et à la retraite, on a vendu à Grenoble, et on a acheté ici. On espérait tant vivre heureux et vieillir heureux là-dedans... »* (entretien n° 13). Être atteint de la maladie de Parkinson et vieillir heureux n'est pas considéré comme incompatible pour Mme G., qui avait pensé toute l'organisation pratique de ce nouvel espace de vie pour faciliter ses déplacements en

fauteuil, pour continuer à faire la cuisine et à « tenir » sa maison : plan de travail rabaisé, cuisine équipée, encadrements de portes plus larges. Cependant l'événement central qui a bouleversé toute sa trajectoire de vieillissement apparaît clairement comme tel dans l'entretien : *« On a tout refait, et une fois que ça a été tout refait, elle a brûlé la maison. Fin 99, elle a brûlé. On avait une cheminée, et la hotte était pas conforme. Moi je venais juste de me faire opérer du genou. Et... [au bord des larmes] nous, on était dans la pièce en haut et la cheminée était là [à la droite de Mme G., à l'emplacement de la porte qui mène désormais à la cuisine], mon mari quand il a senti l'odeur de la fumée, il a ouvert la porte, ça a fait un appel d'air. On a failli brûler là-haut. On avait plus de lumières, plus rien. On appelait par les fenêtres, personne nous entendait. C'est mon beau-frère qui habitait en face, il avait un chat et le chat il arrêtait pas de gratter. Donc mon beau-frère il s'est levé, il est sorti et c'est là qu'il nous a entendus »* (entretien n° 13).

À partir de ce moment-là et du traumatisme vécu, c'est toute la trajectoire de vieillissement qui est chamboulée. Même la maladie se pense désormais en lien avec cet incendie. C'est à partir du moment où le futur projeté se voit remis en cause que Mme G. s'installe dans la *carrière* morale de la dépendance. Deux dépressions nerveuses ont suivi ce moment charnière, et la perte d'envie qui en découle entraîne Mme G. dans un vieillissement qui n'est pas celui souhaité ni imaginé : *« J'aimais mieux comme elle était avant ma maison, elle avait une cheminée là, et là on avait une cuisine. Depuis je veux plus de cheminée, j'ai été trop choquée. Question : Le passage à la retraite a été une période où vous avez vécu plusieurs moments délicats ? L'incendie, la maladie ? Mme G. : On ben c'est l'incendie qui a tout fichu en l'air. Tout ça juste après ma retraite. C'était un dur moment... Je l'ai vécu bien difficilement. Bon on a trouvé une location en attendant de reconstruire, on était bien, mais... c'est à partir de là où j'ai décliné. Question : Quand vous me dites que vous n'êtes pas heureuse, c'est pas rapport à quoi ? Mme G. : Ben c'est l'incendie. Et puis ça a joué sur ma maladie. J'ai fait deux dépressions nerveuses, et ça, ça joue sur ma maladie. Depuis, j'arrive plus. L'incendie, ça a été dur à vivre, depuis on vit pas normalement. Surtout que depuis, j'ai décliné, j'ai plus le goût à rien. [...] Vraiment, maintenant, je suis dépendante »* (entretien n° 13). C'est pourtant sur le mode d'un déclin psychique qu'elle place le curseur de sa dépendance, qui pourrait à première vue être pensée autour des incapacités physiques que donne à voir son quotidien dans son fauteuil roulant. Elle met sur le

compte de l'angoisse son incapacité à continuer à être ce qu'elle a toujours été, une femme active, qui aimait toujours faire quelque chose, sortir, bouger. Aujourd'hui, le terme qui revient le plus dans ses propos n'est pas « Parkinson », mais le mot « angoisse ».

Le même profil d'individus qui ne s'attendaient pas à vivre leur retraite sur un mode négatif se retrouve chez Mr B., 70 ans, ancien employé. Lorsqu'il lui est demandé d'identifier des moments importants qui ont réorienté sa vie, il désigne tout naturellement les moments de bonheur qui l'ont construit en tant qu'homme, puis en tant que mari, et enfin en tant que grand-père : *« Ah ben c'est quand j'ai eu mes deux gosses. Ça change tout, là on ressent les responsabilités, je pense que c'est là qu'on devient vraiment un homme. Ça change la vie hein ! [...]. Bon avant ça, c'est quand j'ai eu mon épouse bien sûr ! [Sa femme, présente durant l'entretien, lui glisse : « ben oui, mais c'est vieux ça, les moments de bonheur les plus récents, c'est quand même tes petits-enfants, tu me le dis tout le temps »]. Mr B. : Ah ben mes petits-enfants, ça mes petits-enfants bien sûr... Même maintenant, quand ils me demandent quelque chose... je suis toujours là, tout de suite. Alors là je laisse tout tomber pour eux ! »* (entretien n° 6). Cependant, ces bonheurs passés se mêlent désormais à une angoisse de vieillir, angoisse apparue à l'annonce d'une maladie génétique révélée chez la femme de Mr B. et qui touche également leurs enfants. Mr B. est depuis dans une anticipation d'un vieillissement dégradé et d'une dépendance inéluctable.

Depuis la révélation de cette maladie génétique, Mr B. a fait tout un tas de tests d'examens médicaux, car il pense « perdre la boule ». Il est même allé consulter, de son propre chef, un centre de recherche sur la mémoire, car il anticipe l'apparition d'une maladie qu'il pense « héréditaire » : son père était en effet atteint dans les dernières années de sa vie de la maladie d'Alzheimer. Toute cette projection négative de sa trajectoire de vieillissement s'est opérée à partir du diagnostic posé chez sa femme et ses enfants : *« Dans la famille, on a des gros problèmes, parce qu'on a des enfants qui ont une maladie génétique rare, et mon fils il a 40 ans, il peut plus travailler. Et ma fille aussi elle a la même chose, mais bon, elle, c'est pas physique, alors elle peut continuer à travailler. Ils ont des anévrismes à l'aorte abdominale, qui ont été transmis par ma femme. Elle en est pas encore au stade de l'anévrisme, mais bon... ça a été décelé à 60 ans. Alors on a vécu jusqu'à 60 ans, et arrivé à la retraite, votre femme et vos deux enfants ont des anévrismes à l'aorte abdominale. C'est horrible, ça m'a foutu une*

angoisse folle » (entretien n° 6). L'annonce de cette maladie a réveillé chez lui l'image de son père qui a sombré dans la « folie » au soir de sa vie. Il se persuade alors qu'il porte en lui cette maladie, la maladie d'Alzheimer, et va jusqu'à changer de neurologue, le premier lui ayant assuré qu'il n'avait rien. Le second neurologue consulté n'avait au départ rien trouvé d'anormal, mais a énoncé la possibilité d'apparition de troubles de la mémoire, du fait de quelques oublis naissants dans le quotidien et de l'effectivité de la maladie chez son père. Depuis, Mr G. vit entouré de préoccupations médicales, pour sa femme, ses enfants, et lui-même et vit son présent dans une projection négative de son futur : « *Question : ça a changé quoi pour vous, depuis le diagnostic ? Mr B. : Ben me dire que je vais peut-être finir comme mon père, ça fait du souci. Dans trois ans, je serai comment ? [...]* *Question : donc votre quotidien n'a pas beaucoup changé, hormis que vous me dites que ça vous fait beaucoup plus réfléchir ? Mr B. : Exactement, je me pose la question de l'avenir, comment je vais être quoi, ça, ça m'inquiète. Question : Ce que le diagnostic a surtout changé si je comprends bien, c'est que ça vous a procuré une angoisse ? Mr B. : Bien sûr que c'est une angoisse que ça m'a fait. Obligé. Quand vous entendez ça, je me dis que je vais bientôt... que j'en ai pour quelques années encore et puis... Je me dis, qu'est-ce que ça va être dans 10 ans... [...]* *Question : Est-ce que vous vous sentez vieux Mr B. ? Mr B. : Ben... là j'ai tapé 70 ans, et ça m'a fait un coup parce que le 7 il est là, bientôt le 8. [Sa femme, à ses côtés, prend alors la parole : « Ah non hein, le 7 il vient juste d'arriver, arrêtes un peu ! Voilà, il anticipe, comme toujours ! Tu vis pas, t'es toujours à penser à dans 2 ans, à dans 5 ans, à dans 10 ans ! »]* (entretien n° 6).

Le vieillissement peut ainsi être vécu comme une *épreuve* de plus dans un parcours de vie déjà semé d'obstacles, de moments charnières et de redéfinition des logiques d'action et du sens donné à son avancée en âge. Il peut aussi être une *épreuve* non prévue, des événements venant dans la vieillesse remettre en question la projection de soi dans un futur pensé positivement. C'est notamment le cas de Mme R., 95 ans, veuve depuis plus de 30 ans, qui jusqu'à ses 88 ans a pleinement profité de sa retraite. En un an cependant, deux événements sont venus remettre en cause le sens donné à sa vie et à sa vieillesse. C'est d'abord une chute, dans un bus, qui a entraîné un passage à l'hôpital, du fait du col du fémur cassé. À la sortie de l'hôpital, Mme R. n'est « *plus du tout la même* » (entretien n° 18) : elle ne s'habille plus de façon coquette comme toujours, ne fait plus à manger, ne s'occupe plus de rien, et surtout ne peut plus marcher

comme avant. Le fait de ne plus pouvoir marcher est une transition biographique qui marque une rupture importante, comme l'a montré Balard (2010). Un an plus tard, la mort d'un de ses fils a fini par la plonger dans un renfermement sur soi. Elle ne sort plus, et reste assise sur son fauteuil toute la journée. Face à son refus de parler de cette perte soudaine, sa fille prendra alors la parole : « *Le décès de mon frère il y a 4 ans, ça, ça lui a mis un coup. Ça a été dur pour ma mère. Un jour elle m'a dit « tu te rends pas compte ce que ça fait de survivre à ses enfants ». Depuis, c'est vrai qu'elle s'est complètement renfermée. Et le jour où il est mort, elle m'a parlé pour la première fois de sa mort à elle. Elle voulait faire un dossier pour le cimetière. Elle m'a dit « faut faire un dossier pour le cimetière ». Et tant qu'il était pas fait, elle était pas tranquille. Depuis ce moment-là, c'est tout l'inverse de ce qu'elle était avant. Elle fait plus rien, elle attend la mort* » (entretien n° 18). On voit clairement avec ces exemples, lorsque le vieillissement devient, pour diverses raisons, mais qui n'ont pas de rapport avec une question d'âge, une *épreuve*, les événements qui ont précipité la trajectoire dans un déclin deviennent des déclencheurs de *déprise*. À partir de ces événements, les individus, au niveau du registre du « faire », réorganisent leurs activités et leurs engagements dans le sens d'une réduction drastique de ceux-ci.

II. Déprise et abandon des activités

Lorsque le vieillissement est vécu comme une *épreuve*, le « *rapport pragmatique au monde* » (Caradec, 2007 : 14), c'est-à-dire tout ce qui concerne l'engagement dans des activités, dans le registre du « faire », se caractérise par un « éloignement du monde ». Les individus, dans leur discours, ne cachent pas leur repli sur eux-mêmes, et leur repli dans leur univers domestique. En ce sens, le processus de réorganisation des activités qu'est la *déprise* trouve sa source dans les événements mentionnés par les personnes. Que ce soit des événements du parcours de vie, pour les personnes qui vivent le vieillissement comme une *épreuve* de plus, ou des moments charnières connus dans leur trajectoire de vieillissement, pour celles et ceux qui vivent le vieillissement comme une *épreuve* inattendue, dans tous les cas ces événements, lointains ou plus récents, contrarient le vieillissement, de par les contraintes qu'ils introduisent dans le quotidien des individus. Des problèmes de santé, une angoisse du

futur ou la perte d'être chers limitent les « opportunités d'engagement », introduisent une perte d'envie, d'entrain.

Bien entendu, toutes les personnes qui vieillissent ne sont pas confrontées à l'ensemble de ces difficultés et ne sont pas entraînées de la même manière dans le phénomène de *déprise*. Ce qui caractérise les individus qui vivent le vieillissement comme une *épreuve* et qui ne peuvent répondre à l'injonction au « bien vieillir », c'est que les événements qu'ils mentionnent deviennent des déclencheurs de *déprise*, laquelle se fonde essentiellement sur le mode de l'abandon des activités.

II.1. Les événements, déclencheurs de *déprise*

Le processus de *déprise* s'engage seulement sous l'action de déclencheurs (Caradec, 2014 : 280). Pour les personnes regroupées sous la grande tendance du « mal vieillir », ce sont les événements qu'ils mentionnent dans les entretiens comme étant la source de leur « mal vieillir » qui prennent la forme de déclencheurs de *déprise*. Les expressions « *à partir de là* », « *à partir de ce moment-là* » ou encore « *depuis ceci ou cela* » sont celles qui expriment le mieux la source des tournants de l'existence, vécus comme des ruptures et sont celles que l'on retrouve dans les discours des personnes interrogées.

Le propos n'est donc pas de lister les événements qui deviennent des déclencheurs de *déprise*, tant un événement particulier vécu chez une personne peut chez une autre ne pas engager de réaménagement de l'existence. Les problèmes de santé sont certes pour ces personnes un des principaux déclencheurs de *déprise*, mais nous avons vu avec Mme G. (entretien n° 13) qu'un problème de santé très invalidant peut ne pas être le déclencheur de *déprise*, là où Mr B. (entretien n° 6), qui n'a pas de problèmes de santé particulièrement handicapants, considère pourtant sa trajectoire individuelle de vieillissement dégradée au prisme de troubles de santé qui provoquent chez lui une forte angoisse. Il existe ainsi une pluralité de mécanismes déclencheurs de la *déprise* chez ces individus, qui n'ont pas tous à voir avec des difficultés physiques ou des accidents de santé. L'exemple de Mme G. (entretien n° 13) montre bien que la prise sur son monde était possible dès lors qu'elle avait mis ses potentialités physiques en adéquation avec son environnement matériel : les travaux d'aménagement de la maison achetée, avant qu'elle ne brûle, recherchaient une compatibilité entre ces compétences physiques réduites et les dispositifs matériels de son environnement domestique. C'est

l'incendie qui a réduit en cendre cette possibilité de mise en adéquation, et qui est ainsi pensé comme le déclencheur de l'engagement dans une pente déclinante : pendant 4 ans, Mme G. et son mari ont vécu en location, le temps que l'expertise trouve les responsabilités dans cet incendie, et le temps que la maison soit reconstruite.

Pour Mme C. 90 ans, résidant dans un village du plateau de la Chartreuse, sa vieillesse a été jusque-là très bien vécue. Très active et dynamique, cette dame à la volonté de fer a gardé jusque-là une grande autonomie, dans les activités du quotidien, comme dans les décisions à prendre. Malgré une chute il y a un an et quelques « *petits pépins* », c'est elle qui décide par exemple de ses traitements : « *Question : Vous me dites que vous ne suivez pas toutes les prescriptions du médecin ? Mme C. : Ah vous savez je suis pas médicaments alors... Ah oui oui oui. Moi je sens vous voyez. On sent quand on va pas. On est pas obligé de manger des médicaments à longueur de journée, y'a des gens si ils ont pas une dizaine de médicaments par jour, ils savent pas vivre hein ! Question : Vous préférez développer vos défenses immunitaires ? Mme C. : Et oui c'est tout à fait ça. Voyez j'ai eu un traumatisme crânien et je n'ai pris aucun médicament. Quand j'ai bien mal et bien je me couche* » (entretien n° 12). Son histoire de vie pourrait faire penser qu'à 90 ans, s'occuper de son mari de 93 ans lourdement handicapé depuis un grave accident survenu lorsque Mr C. était encore cheminot à la SNCF, est pour elle un « fardeau » (Paquet, 1999 ; Ferraro, 2001), comme le ressentent beaucoup de proches qui aident et soutiennent au quotidien un proche âgé atteint d'altérations physiques ou cognitives (Boquet et Andrieu, 1999 ; Lavoie, 2000). Après deux mois de coma, son mari s'est réveillé et est depuis considéré comme un « grand brûlé ». Mme C. jongle ainsi dans son quotidien entre les aides apportées à son mari, la tenue de la maison, des papiers, du jardin, mais s'en accommodait très bien, malgré les difficultés qu'elle peut ressentir par moment, jusqu'à un moment précis qu'elle peine à oraliser durant l'entretien. Lorsqu'il lui est demandé comment elle vit sa vieillesse, elle répond : « *Oh j'ai été très heureuse jusqu'ici. Dans notre maison, qu'on a construit de nos propres mains, avec mon mari près de moi, je suis la plus heureuse* » (entretien n° 12). Cependant, c'est un appel téléphonique reçu qui a déclenché une redéfinition complète du sens donné à ce vieillissement, jusque-là vécu dans une conformité à ses attentes et à ses envies : « *Mon mari, depuis un an, il décline vraiment. Et il y a un mois ou deux, je n'arrivais plus à le mettre au lit, parce qu'il tient plus sur ses jambes. J'arrivais pas à le lever du fauteuil. Alors ça pose un problème. J'ai appelé le kiné, qui*

est aussi le maire du village, il vient lui faire faire des exercices de marche. Ben là, il est venu en catastrophe pour m'aider. Et le lendemain, il m'a appelé. Il m'a dit que mon mari pourrait plus rester vivre ici, parce qu'il est trop diminué maintenant. Il tombe, il tient plus debout. Alors le médecin traitant va me faire une ordonnance pour une maison de retraite. Vous imaginez ? Moi je suis bien à partir du moment où je suis avec lui. Moi je veux pas qu'il parte. Lui non plus d'ailleurs, ça va le tuer. Ah non, depuis ce coup de fil, je suis... anéantie » (entretien n° 12). Depuis cette nouvelle, les papiers s'empilent sur la table de la salle à manger, le jardin, activité quotidienne de Mme C., est laissé en friche, et le ménage est laissé entièrement aux dames de l'ADMR, là où Mme C. continuait auparavant à faire le ménage, malgré la présence deux fois par semaine des aides-ménagères.

Les événements particuliers vécus, en tant que déclencheurs de *déprise*, font que les personnes abandonnent par défaut les activités et les relations qui avaient le plus de sens pour elles. Le vieillissement en tant qu'*épreuve* témoigne d'une redéfinition et d'une réorganisation de la vie quotidienne dans un sens péjoratif, négatif, qui signe la détérioration de son rapport à soi, aux autres, et au monde qui les entoure. Ces individus se situent au niveau d'une modalité particulière du phénomène de la *déprise*, celle de l'abandon des activités, ce qui renvoie à l'image d'un « laisser aller » très prégnant dans les entretiens réalisés avec ces personnes qui nous disent qu'elles vieillissent mal.

II.2. Un abandon-renoncement aux activités

Nous avons déjà indiqué dans le chapitre précédent de quelle manière la notion de *déprise* s'inscrit à la fois en continuité et en rupture avec la théorie du désengagement : la *déprise* retient l'idée d'une prise de distance avec le monde au cours du vieillissement, mais considère à l'inverse de la théorie du désengagement que ce phénomène de « relâchement » n'est « *pas total, ni linéaire, ni homogène et qu'il engage à une réorganisation, un réaménagement des activités et des modes de vie* » (Clément, Mantovani, Membrado, 1996 : 91). À la différence de la théorie du désengagement dont la logique implacable s'appliquait à l'ensemble des personnes âgées, la *déprise*, en tant que phénomène différencié, rend compte de la diversité des expériences individuelles du vieillissement.

Les personnes qui vivent leur vieillesse sur un mode essentiellement négatif se rapprochent cependant des individus décrits par Cumming et Henry, qui se désengagent

progressivement du monde et de la société. C'est en effet, car les personnes enquêtées qui sont au centre de ce chapitre vivent la *déprise*, qui est un processus actif de réorganisation de l'existence au cours du vieillissement, sur le mode de l'abandon des activités qu'ils peuvent être assimilés à une forme de « désengagement ». Dans ce processus actif, c'est une forme de passivité qui devient le résultat de leur restructuration de vie. Ils sont en quelque sorte actifs par leur passivité, par leur renoncement face à cette *épreuve* du vieillissement.

L'abandon des activités peut concerner trois domaines de leur vie sociale. C'est tout d'abord l'abandon des activités domestiques, qui structuraient le quotidien, qui apparaît en premier chef dans les entretiens : les personnes vont alors accepter l'introduction à leur domicile d'aides ménagères, d'aides-soignantes ou d'auxiliaires de vie sociale lorsqu'elles se considèrent comme installées dans la *carrière* de dépendance. Ce sont également les activités extérieures au domicile qui vont souffrir du renoncement des personnes et réduire considérablement les « opportunités d'engagement » dans des relations. Enfin, c'est l'inscription et la visibilité dans l'espace public des personnes qui voient leur vieillissement contrarié par des événements aux conséquences négatives qui signent le repli sur soi et leur éloignement du monde.

Le premier type d'activité qui se voit largement abandonné par les personnes concerne principalement les dames âgées. Elles qui ont toujours su « *tenir leur maison* », très rarement avec le concours du conjoint, résistent un certain temps avant de lâcher les tâches quotidiennes relatives à leur domicile. Nous avons souvent noté à notre arrivée chez les enquêtés à quel point le domicile était en désordre, des tas de documents encombrant une table entière, des vêtements s'empilant sur une chaise, ou encore les herbes mortes reprenant leur droit dans le carré de terre dédié au jardinage. De telles observations n'auraient pu être faites avant l'événement qui a chamboulé la vie de ces personnes. De même, c'est souvent avec une gorge nouée que certaines avouent avoir arrêté de coudre par exemple, pour elle ou pour les petits-enfants : « *Je cousais beaucoup, je faisais des merveilles. Maintenant je fais plus rien. [long silence] Avant, je m'occupais beaucoup* » (entretien n° 2). Mme C. stipulera très souvent dans l'entretien que depuis que ces angoisses reviennent, elle ne fait plus rien dans son appartement. Bien entendu, ce « plus rien » est relatif, elle n'a pas abandonné l'ensemble des tâches quotidiennes qui l'occupaient jusqu'alors, mais dans la parole des gens âgés, ces renoncements désignent un absolu : « *Ce matin, j'ai rien fait, rien du*

tout. Vous le voyez vous-même, c'est tout en l'air chez moi. [...] Je me revois au Maroc quand j'étais incapable de faire quelque chose » (entretien n° 2).

Mme G., qui avait tout prévu pour continuer à s'occuper de son intérieur lors de l'achat d'une maison pour s'éloigner de la ville à la retraite, a demandé un plan d'aide APA lorsque la maison a été reconstruite pour faire intervenir des structures prestataires, pour le ménage, la préparation des repas, le repassage, etc. Cette demande ne lui est *« jamais passée par la tête avant l'incendie. Mais quand on est revenu vivre là, j'avais décidé, je pouvais plus rien faire »* (entretien n° 13). Elle avouera cependant que par moment, elle réalise encore quelques tâches : *« Il y a des moments où je me dis que je peux encore faire quelque chose, alors j'en profite et je fais... un peu. Question : Vous en profitez pour faire quoi ? Mme G. : Je fais un peu la vaisselle... je fais des trucs... je m'occupe de ma maison, de ma cuisine, c'est ce que j'ai toujours fait. Mais... maintenant je fais plus, on fait pour moi. Même pour aller aux courses, je laisse mon mari aller tout seul »* (entretien n° 13).

Chez les personnes visitées pour un entretien, l'abandon des activités ayant trait au domicile sont pour Mme C. 90 ans, l'arrêt du jardinage, du ménage, de la vaisselle, du repassage, de la couture depuis qu'elle sait que son mari devra prochainement entrer en maison de retraite. Mme P., 64 ans (entretien n° 28), qui vit dans les remords et les regrets, et qui a de nombreuses angoisses quant à sa santé, a perdu récemment cinq kilos, car elle ne fait plus à manger, et ne mange donc pratiquement plus rien. Mme B., 74 ans (entretien n° 19), délègue l'ensemble des tâches ménagères et d'entretien à sa fille, et ne fait pas appel à des structures d'aides à domicile. Les us et coutumes des familles algériennes se reproduisent chez Mme B., pour qui c'est à la famille de prendre en charge leur ascendant lorsque celle-ci, comme elle le dit, a *« tout arrêté. C'est ma fille maintenant qui fait »* (entretien n° 19).

Parmi les trois formes d'abandon proposées par Caradec (2014) – *« l'abandon-substitution, l'abandon-sélection ou l'abandon-renoncement »* - c'est principalement la forme d'abandon-renoncement qui préside à la *déprise* vécue par les individus. Le renoncement aux activités ne concerne pas seulement les activités du domicile, mais également les activités extérieures. Mr E., 75 ans (entretien n° 22), a renoncé à tout un tas d'activités avec des anciens collègues de travail, pour se concentrer sur les deux moments de son quotidien qui donnent le plus de sens à sa vie : les prières à la mosquée

et les rendez-vous aux jardins avec les voisins. Il ne jardine plus, mais tient à continuer à venir au jardin, pour discuter avec les voisins. Ce sont là ces seules opportunités d'engagement dans des relations hors famille, pour lui qui en avait conservé depuis la retraite, mais qu'il a décidé d'abandonner. L'abandon d'activités et de relations extérieures au domicile peut également être le fait d'individus en bonne santé physique et mentale, comme l'ont montré Barthe *et al.* (1988). Mme C., 82 ans, avait pour habitude d'aller tous les après-midi à l'école de danse tenue par sa fille. Elle s'occupait alors de répondre aux appels téléphoniques, de remplir quelques documents administratifs pour soulager sa fille. Elle était connue de toutes et tous, « *une vraie mascotte* », mais depuis quelques mois, depuis qu'elle ressasse son parcours de vie, elle se refuse à retourner s'affronter au monde : « *Avant, je prenais ma voiture et j'allais à l'école, chez ma fille. Et ben maintenant, elle me dit « tu viens plus ». Je lui dis « j'attends qu'il fasse beau ». Mais j'arrive là-bas, je vois arriver tout ce monde... j'ai plus rien à dire. Tandis qu'avant « bonsoir madame », ou je répondais au téléphone. Maintenant, plus rien, je conduis plus, j'y vais plus* » (entretien n° 2). Le cas de l'arrêt de la conduite automobile est souvent la conséquence d'une transition biographique mal vécue et devient en elle-même une rupture importante pour ceux qui la vivent (Drulhe et Pervanchon, 2002). Mr B., 70 ans, qui est dans l'anticipation constante d'une dégradation de son état physique et psychique, continue de conduire sur les courts trajets, autour de son domicile, mais a arrêté la conduite pour les longs trajets source d'angoisse, sur des routes qu'il ne connaît pas. Un tel renoncement impacte les projets de voyages et de séjours. Avec sa femme, ils allaient tous les ans à Balaruc pour une cure, mais ont renoncé à poursuivre cette pratique annuelle : « *Je conduis toujours où je connais, j'aime pas conduire où je connais pas. Quand on va en cure à Balaruc, c'est à 750 kilomètres d'ici, je conduis plus du tout. J'ai une peur... J'aime bien conduire là où je connais, là où je me sens en sécurité* » (entretien n° 6). Ses angoisses qui accompagnent sa trajectoire de vieillissement ont des effets sur ses pratiques sociales, qui se distinguent par leur baisse tendancielle.

C'est peut-être dans leur relation à l'espace public que les personnes âgées qui vivent le vieillissement comme une *épreuve* expriment le mieux leur abandon (Alvarez, 2014). Dans les discours de ces individus ressort, en ce qui concerne leur rapport à l'espace public, à la ville, une formule partagée : « *je suis trop vieux pour aller en ville* ». On retrouve une mise en confrontation, dans le discours même des personnes

âgées, de deux termes en inadéquation : la ville et la vieillesse. Alors même que les personnes interrogées habitent pour certaines d'entre elles dans les centres-ville – centre historique, hypercentre ou autres quartiers - (entretien n° 2, 7, 15, 18, 19, 25, 28, 32), la « ville », terme générique, est pensée comme un lieu de confrontation à la foule, et se caractérise par la mobilité et l'activité des hypercentres, des grands magasins, des longs boulevards, aux stimulations multiples, notamment visuelles et sonores. Elles s'inscrivent ainsi pleinement dans l'image de la ville telle qu'elle fut étudiée par les premiers sociologues urbains, nous pensons ici à Simmel (2013). Pour ces personnes, vieillesse et ville sont antinomiques. Cette dernière est reléguée au rang d'espace réservé à la jeunesse, aux bruits, à l'instantanéité et à la dépersonnalisation des échanges, au rang d'espace à éviter. La plupart des personnes (entretien n° 2, 7, 13, 15, 17, 18, 19, 25), pour parler de « la ville », utilisent inconsciemment la figure de la synecdoque : elle est ce « sujet universel et anonyme » dont nous parle Michel de Certeau (1990 : 143), cette grosse machine à broyer celles et ceux qui n'auraient pas les capacités de s'adapter à ses propriétés stables qui permettent son mouvement perpétuel ; mais cette « ville » renvoie *in fine* à des lieux très localisés de l'espace urbain, les lieux à éviter n'étant pas en cohérence avec leurs propres rythmes, de déplacement, de marche, ni parfois avec leurs propres envies de calme, de pauses, que peuvent offrir d'autres espaces de la ville. C'est ainsi par association des représentations de la totalité que les personnes âgées désignent certaines parties du tout.

L'échange avec Mme R., 95 ans, qui se déplace en fauteuil roulant est ici significatif : « *Sortir en ville, c'est non. Je veux pas me donner en spectacle* » (entretien n° 18). Mme O., 88 ans, abonde dans ce sens : « *Sortir ? Non je sors plus. Qu'est-ce que vous voulez que j'aille faire en ville ?* » (entretien n° 17). L'espace public est le lieu de confrontation au poids du « regard de l'Autre » (Sartre, 1976). Ne pas vouloir s'exposer au regard, ne pas vouloir se donner en spectacle, c'est l'idée que la vieillesse n'a pas sa place dans l'espace urbain, et renvoie à ce que Richard Sennett observait il y a plus de 20 ans à ce propos et qui semble particulièrement s'appliquer à la majorité de nos enquêtés qui ont une vision négative de leur vieillissement : « *L'aspect des villes reflète la grande peur cachée qu'ont leurs habitants de s'exposer. Dans leur esprit, « s'exposer » suggère davantage le risque d'être blessé que la chance d'être stimulé* » (Sennett, 1992).

Pour toutes ces personnes qui, à divers degrés et en fonction de différents événements vivent leur trajectoire de vieillissement sur le mode du déclin, du malaise, aborder le sujet de la prévention lors des entretiens a souvent été le moment de vives réactions : la prévention est pensée en fonction de la place sociale, du parcours de vie et de la carrière professionnelle, mais en aucun cas cette prévention n'est reliée à des préoccupations présentes. C'est en quelque sorte sur le mode du « c'est trop tard » qu'est appréhendée la prévention.

III. Le positionnement par rapport à la prévention

La plupart des retraités reçoivent dans leur boîte aux lettres des documents relatifs à la prévention dans le vieillissement. Beaucoup lisent ces documents avec l'envie et le souhait de se conformer aux attentes institutionnelles de prévention et de bien vieillir. Mais ils disent être dans l'incapacité d'investir dans des démarches de prévention tant la pente dans laquelle ils sont engagés dans leur vieillissement leur paraît impossible à renverser. En ce sens, c'est une prévention en amont qui leur aurait été utile : pour ces personnes âgées qui ont pour la majorité travaillées dans des conditions de travail difficiles, parfois même dangereuses, leur « mauvais vieillissement » est aussi la conséquence de leur position sociale de prolétaires, d'ouvriers, accentuée par les événements passés ou récents qu'ils ont connus.

L'analyse en termes de gouvernement des corps n'est alors efficiente que si elle déplace le regard sur le temps de la vie professionnelle. Les corps sont impactés dans le vieillissement par une vie de travail qui est rétrospectivement pensée par les individus comme une vie de domination. Il y a, quelque part, en haut, les puissants – hommes politiques, patrons - qui décident de ce que sera la vie des « pauvres gens » d'en bas. La vieillesse ne peut alors être le temps d'intériorisation de prescriptions sur la façon de manger, de se déplacer, de conserver des activités, etc., car le gouvernement des corps a déjà fait son œuvre. À quoi bon entrer dans une logique de prévention quand tout a été fait pour que le temps de la retraite soit marqué par le sceau des incapacités et la *carrière* de dépendant ? Une fois que les personnes sont dans la *carrière* morale de la dépendance, la prévention dans le vieillissement ne revêt pour elles aucun sens.

III.1. Une nuance en termes de genre : les femmes âgées et la gestion du stigmate

Une nuance doit toutefois être apportée à cette analyse en termes de position sociale et de place sur le marché du travail. Les femmes âgées qui font partie de cette tendance au « mal vieillir » n'ont soit jamais eu de travail, se définissant comme « femmes au foyer » (entretien n° 2, 12, 15, 17, 19), soit elles ont occupé des emplois partiels, ou à temps plein, mais dans tous les cas n'ont pas connu de carrière complète : elles assistaient alors leur mari dans leur travail d'artisan pour la comptabilité et la gestion (entretien n° 18, 34) ou ont travaillé à temps partiel tout en se focalisant sur l'éducation des enfants et la tenue du domicile (entretien n° 13). Seule Mme P., la plus jeune des femmes qui composent ce groupe, a travaillé toute sa vie et n'intègre pas les analyses qui sont faites ici.

Une différence de genre s'introduit alors dans le rapport à la prévention dans le vieillissement : ne pas avoir été inscrite durablement dans un emploi fait que la prévention est davantage pensée dans leur vieillissement, au contraire des hommes de l'échantillon qui ressentent à la vieillesse les effets de leur carrière professionnelle. Tant qu'un événement n'est pas venu redéfinir le sens de leur vieillesse, ces femmes disent toutes avoir donné une grande importance à des comportements et des modes de vie sains, dans le but de se tenir à distance de l'image que renvoient les autres « vieux ».

Dans l'entreprise de positionnement de soi par rapport à la vieillesse et au vieillissement, les « autres » apparaissent alors comme un point de comparaison avec soi. Les femmes interrogées disent alors avoir adopté des comportements spécifiques, afin de ne pas s'assimiler, ni de se faire assimiler par d'autres, aux personnes âgées qui vieillissent mal : *« On fait tout ce qu'on peut pour prévenir ça [le fait de « mal vieillir »], mais si va vient ! Question : Qu'est-ce que vous faites, vous, pour prévenir ça ? Mme C. : Je me tiens bien, je tenais bien mon intérieur, je cuisinais bien. Mal coiffée avant, je sortais pas, ça me rendait malade. Quand on vieillit, on veut se tenir quand même un peu... Parce qu'on voit passer des grands-mères des fois, ça fait de la peine hein. Alors quand on peut se tenir, il faut le faire. Moi j'ai fait très attention, mais maintenant que ça va pas, que je suis plus moi-même, je laisse tout aller. Voyez, je vous aurai jamais reçu comme ça avant »* (Mme C., 82 ans, entretien n° 2).

Le fait de ne plus se soucier de soi, de se laisser aller, de ne plus se conformer à des types de comportements qui donnent une bonne image de soi à soi et aux autres est

un marqueur de l'entrée dans un vécu négatif de son vieillissement. Dans les discours, ces changements de comportements sont reliés aux événements qui ont participé à ce que le vieillissement devienne une *épreuve*. Avant ce moment fatidique, pensé comme irréversible dans ses conséquences, les femmes âgées interrogées « prenaient soin d'elles », dans une continuité de vie. Lors de notre visite auprès de Mme R., 95 ans, qui vit chez sa fille, nous remarquons immédiatement le soin avec lequel elle s'est préparée : maquillage, ongles vernis, coiffure propre. Sa fille nous renseigne d'ailleurs immédiatement : « *Oh ma maman voulait se faire belle pour votre venue, elle était très coquette avant, plus maintenant, mais quand quelqu'un vient, elle veut pas donner une image d'elle... vous voyez ?* » (entretien n° 18). Durant l'entretien, Mme R., pourtant peu bavarde, insiste sur l'importance de toujours bien se tenir, importance qui n'en est plus une depuis la mort de son fils : « *Question : Je vois que vous avez de beaux ongles vernis. Vous êtes coquette ! C'est important pour vous ? Mme R. : Oui. J'étais très coquette. J'ai toujours été très coquette. À l'époque, toutes les deux semaines chez le coiffeur. Et toujours les ongles de fait. Toujours, toujours, je me suis bien tenue. C'est pour ça que je voulais pas aller en maison de retraite [après sa fracture du col du fémur]. Sa fille précise : Quand on est arrivé là-bas dans la maison de retraite... elle a vu tous les vieux alignés là dans leur fauteuil roulant. Dès qu'elle a vu ça, elle a pris le bras de mon frère et elle a dit « qu'est-ce que c'est que ça ? Je reste pas là moi » ! Elle s'est pas reconnue dans ces personnes âgées, elle qui prenait soin d'elle, elle marchait régulièrement, elle se faisait ses repas équilibrés, elle faisait encore beaucoup de choses* ».

Mme O., 88 ans, a dans les premiers temps de sa retraite tout mis en œuvre pour qu'une forme de continuité de vie l'éloigne de la vieillesse. Cependant, quand elle reçoit des prospectus sur le « bien vieillir », la confrontation avec son propre vieillissement la ramène à sa situation actuelle, mal vécue. Au début de l'entretien, la mise en récit de son vieillissement s'appuie sur des éléments qui établissent une continuité de vie avec le passé. Elle décrit un mode de vie de manière à se positionner favorablement par rapport à la vieillesse : « *Oh à la retraite, je me suis occupée hein. J'ai perdu mon mari jeune, mais je voulais pas tomber au fond du gouffre. Je faisais mon sport, j'allais au marché, je sortais beaucoup tout ça. Je continuais comme avant. Sauf que mes plats, je les mangeais seule. [...] J'ai toujours fait attention à ma santé* » (entretien n° 17). La diversité des éléments qu'elle décrit tend à montrer que son comportement et son mode

de vie importaient dans la manière de conduire sa vieillesse : les activités de sport, la santé, l'intérêt pour les informations et la situation de son pays natal, l'Allemagne, l'intérêt pour des relations amicales, de voisinage, etc. Plus tard, lorsque lui sera posée la question d'éventuelles participations à des ateliers ou des sessions de formation pour l'aider dans son vieillissement, sa réponse est significative de son rapport idiosyncratique à la vieillesse et au vieillissement : *« Houla, je reçois des prospectus dans la boîte aux lettres, ils nous disent il faut faire ceci, il faut faire cela. Mais quand vous arrivez à 85 ans, que vous avez connu la guerre, que vous avez élevé vos enfants, que vous avez perdu votre mari et que vous êtes sous dialyse... moi quand je lis leur truc, ça me fout en rogne. Ils sont marrants avec leur truc »* (entretien n° 17).

Deux temps semblent constituer la trajectoire de vieillissement de ces femmes, en ce qui concerne leur comportement, leur mode de vie et leur relation avec le sens du vieillir. La différenciation par rapport aux « vieux » et aux « vieilles » constitue dans un premier temps un argument pour être responsable dans ses comportements. Il s'agit alors d'une stratégie de distinction, dont le but est de prévenir la vieillesse en la détournant vers d'autres que soi (Caradec, 2004 : 152). Ce mécanisme de gestion du stigmat, révélé dans l'analyse de divers objets d'étude (Gruel, 1985 ; Duvoux, 2009) est suivi par un second temps où l'enjeu s'est déplacé : les stigmates du grand âge reviennent alors avec insistance dans les propos à partir du moment où un événement vient chambouler la trajectoire. Les comportements se renversent également, afin de coller à l'image de la vieillesse dépendante, dont les personnes disent qu'elle résume leur situation actuelle.

III.2. Le ressenti face à la prévention dans le vieillissement

Une vie de travail vécue dans des conditions pénibles peut à elle seule éloigner les individus d'une possibilité de « bien vieillir », car les corps sont durablement marqués par cette vie de labeur. L'analyse en termes de gouvernement des corps montre alors que la prévention dans le vieillissement est impensée, tant le poids de la trajectoire professionnelle sur le parcours de vie de l'individu est prégnant. Rares sont les personnes interrogées qui mettent en avant, en plus de ce facteur, leurs comportements pour expliquer un vieillissement dégradé et l'apparition de problèmes de santé. Le seul à mettre en partie son problème de santé sur le compte de comportements nuisibles à la santé est Mr H., 61 ans : *« Question : Donc vous me dites que ce problème cardiaque*

est dû à votre métier ? Mr H. : C'est dû à la cigarette, c'est dû au stress, c'est dû aux antécédents. À beaucoup de choses. Mon père est mort à trente-quatre ans de ça, une crise cardiaque, terminé. Mais c'est comme moi, il avait un travail difficile. Moi, être sur les toits été comme hiver, à porter des matériaux tout ça, ben c'est sûr que ça fait pas du bien à la santé. [...] On se sent tous costauds, moi le premier. J'étais indestructible, je dormais peu, je bossais comme un dingue, je fumais, je faisais pas trop attention à ce que je mangeais. Et puis... ouais ouais, je suis comme les autres » (entretien n° 32).

Ces comportements à risque ne sont cependant jamais déconnectés de la vie de travail. Le vieillissement impose une redéfinition de son mode de vie et de ses comportements, du fait de la marque laissée par une vie de travail jusqu'au plus profond des corps. Les individus se définissent et se construisent dans le vieillissement par rapport à un modèle de la retraite qui est celle de la retraite repliée, « inactive », comme nous l'avons montré plus haut. Abandon et renoncement de la plupart des activités, moindre engagement dans des relations et des rôles socialement valorisés caractérisent leur vieillissement à cause de l'empreinte du travail dans les corps et les trajectoires individuelles de vieillissement : « Mr E. : Maintenant j'ai du mal à respirer quand ça déclenche le poumon. [Il me montre avec sa main l'impression que ça lui fait son poumon quand « ça déclenche » : la main grande ouverte puis il ferme le poing très fort], ça fait comme ça. Et oui mon ami. Tout ça à cause de... (il s'arrête). Question : À cause de quoi ? Mr E. : Du travail. C'est pas du travail ça, les travaux forcés. À cause du travail, à cause de la pollution, moi je sentais pas ça avant. Autrement, si je savais que j'allais vivre toute ma vie avec ça, je serai pas rentré aux produits chimiques. Mais c'est dommage c'est trop tard. (Il s'interrompt quelques secondes, la tête baissée). Ils vous contactent pas avant, ils nous ont pas dit « vous devez porter le masque » ou... non rien. On avait pas de masques, on avait rien, rien du tout. Y'a pas de métiers là-dedans, dans les travaux forcés, y'a pas de métiers. Métier ça veut dire quelque chose, mais ça, là, non, c'est des travaux forcés » (Mr E., 75 ans, entretien n° 22).

Quand le travail a un impact négatif sur le vécu du vieillissement, on retrouve dans les entretiens deux façons de se positionner par rapport à la prévention : comme dans l'extrait d'entretien ci-dessus, la prévention est d'abord pensée par son absence au travail. La prévention aurait dû être effective durant leur carrière professionnelle. Dans le vieillissement, un second positionnement se révèle dans le ressentiment, l'hostilité, voir quelques fois dans la colère.

Revenons à Mr H., 61 ans, qui met ses infarctus sur le compte de son travail difficile, et de comportements à risques comme le fait de fumer. Ses anciens collègues de travail sont frappés par les mêmes maux que lui. Les explications sont alors toutes trouvées pour Mr H. : vie de travail, place sociale, absence de prévention au travail. *« J'ai un ancien collègue de travail, il est à la retraite depuis 8 ans, il a fait un infarctus aussi. J'en ai un que j'ai vu avant-hier. Lui, il a fait un AVC. Les amis du boulot ils sont comme moi, des ouvriers qui ont bossé comme des tarés, sans précaution, sans rien. Et ben on finit tous pareils, foutus. [...] Nous jamais on a entendu parler de sécurité au travail, on avait pas les gardes corps et les échafaudages sur les toits. C'était plus dangereux que maintenant. Là maintenant, je les vois, ils sont bien sur les toits, ils prennent pas de risques. Et puis, ils portent plus comme nous avant. Nous, on faisait les mules, on portait tout nous-mêmes. Maintenant, ils ont plus le droit, ils ont des engins élévateurs. Nous, tout ça, ça existait pas tout ça, c'était « crève-toi au boulot ». Si on avait eu tout ça, je serais certainement pas dans l'état dans lequel je suis »* (entretien n° 32). Le parallèle avec le discours de Mr E. est frappant : aucune protection, absence de sécurité au travail, conditions de travail dangereuses sont à la source de leurs problèmes de santé, et exigent des redéfinitions des modes de vie et des comportements. En ce sens, la contrainte du travail a un impact jusque dans la conduite de leur vieillissement. Ce n'est pas par souci de se responsabiliser face à sa santé et à son vieillissement que Mr B. a réduit drastiquement les apéros pris en collègues, que Mr H. a arrêté de fumer, de consommer de la charcuterie et qu'il va marcher tous les jours : c'est par la contrainte d'une vie de travail qui se répercute dans le vieillissement. Les individus se tiennent à distance de la prévention en tant qu'introduction du politique dans les comportements : ils ne répondent pas à l'injonction à la responsabilité individuelle par souci de se conformer au modèle social de réussite du vieillissement, mais changent leur comportement par contrainte : *« Là, je fume plus, je suis sur les nerfs. La cigarette, le problème qui se pose, c'est que moi j'étais un gros fumeur. Il faut s'attaquer à la volonté. En tant que cardiaque, on a pas le droit au patch, on a pas le droit de bouffer un chewing-gum qui empêche de fumer... Faut avoir envie de vivre hein... Question : Vous vous êtes restreint sur beaucoup de choses ? Mr H. : Ben oui, la charcuterie faut y aller mollo. Un œuf maximum par semaine, ça serait bien d'en avoir un par 15 jours. Je fume plus. J'ai dû changer pas mal de choses hein, la cigarette, la bouffe, le café. J'en buvais deux litres par jour avant. Maintenant, j'en bois un le matin... [...] Depuis les infarctus, je marche, six-sept kilomètres par jour quand même.*

Rien que d'aller à l'école pour mes petits-enfants, ça fait marcher. Il faut que je bouge, pour mon cœur, mais pas n'importe comment, j'ai pas le droit de faire n'importe quoi. Marcher, c'est bien. J'ai un compteur pour marcher, c'est pour ça que je sais que je fais 6-7 kilomètres par jour » (entretien n° 32).

Le rapport avec la prévention dans le vieillissement est alors un rapport très distancié et empreint de ressentiment. Recevoir des conseils sur la meilleure façon de mener son vieillissement est vécu comme une disqualification sociale de plus, qui découle de la place sociale dévalorisée qui est réservée aux besogneux, aux ouvriers. L'intrusion dans leur façon de mener leur vieillesse est vécue négativement, car c'est dans leur vie professionnelle qu'ils auraient aimé que l'on se soucie d'eux, de leur condition de travail, de vie, et de leur impact sur la santé. Tous les individus interrogés nous diront qu'ils ne veulent pas avoir de rapports avec des institutions qui essaient de s'immiscer dans leur fonctionnement à la retraite, tant ce fonctionnement est subi et dépendant de leur vie passée. Mr S., 86 ans, est très remonté lorsque l'on parle des affiches placardées dans certains endroits du foyer Adoma dans lequel il vit, ainsi que des prospectus qu'il reçoit : *« Faut pas nous prendre pour des cons, pardon hein, mais vraiment. On nous a laissé travailler dur, sans être payé à la hauteur de notre travail hein, faut le dire, parce que ceux qui font les travaux les plus durs, c'est pas ceux qui sont le mieux payés, et c'est ceux qui prennent des risques, pour leur vie, pour leur santé. Et une fois qu'on nous a laissé vivre ça dans notre coin, on vient mettre des affiches là, « manger des fruits et des légumes », « faites du sport ». Ils nous cassent la tête ! Ils nous prennent pour des bêtes ou quoi ? On attend après eux pour manger des fruits et des légumes ? Et quand on est dans mon état, on va faire du sport ? Fallait qu'ils viennent s'intéresser à nous avant, moi je vous le dis. Question : ça vous met en colère de lire les affiches qui vous disent de faire ceci ou cela ? Mr S. : Mais quand même ! Ils font ça pour quoi ? Pour nous énerver non ? Sinon ils feraient pas. Parce qu'ils savent que les pauvres malheureux qui vivent là, ils sont pas là pour leur plaisir. Moi je suis là parce que j'ai pas le choix, parce que j'ai travaillé dur et à cause de ça, maintenant je suis malade, je peux pas rentrer chez moi. Et en plus ils me disent ce que je dois faire. Non vraiment, ils se foutent de nous » (entretien n° 25).* Mr H., nous parle de sa rencontre avec l'assistante sociale de sa ville, avec la même colère : *« J'ai été à la mairie, à l'assistante sociale, parce que depuis que je suis à la retraite, j'y arrive pas, vous avez vu mes comptes ! Elle me dit « vous avez qu'à mieux vous débrouiller » !*

Mais je lui dis « comment vous voulez qu'on fasse pour se débrouiller mieux que ça ? ». On arrive à pas avoir de dettes, c'est le principal ! On bouffe pas si il faut, tant qu'on a pas de dettes ! À la fin de l'année, on est limite, je dis pas que des fois je fais pas un chèque sans provision, mais je le fais le 4 du mois en sachant que je suis viré le 5. Donc voilà ! On a pas de dettes, on doit rien à personne, mais faut pas me dire ce que je dois faire. Mes médicaments pour le cœur, tous les mois je dois en payer une partie, une grosse partie, alors je diminue quand on est juste parce que je peux pas les payer. Et ceux que je dois payer, je les prends pas, ce qui fait que sur une liste au départ de 10 médocs, j'en prends que 4. Parce que je peux pas tous les payer. Et l'autre qui me dit qu'il faut qu'on se débrouille mieux ! Une assistante sociale ça ? ça mets les boules je vous le dis. Elle me dit aussi « pour le cœur, il faut marcher régulièrement, manger sainement », elle m'a même donné des livrets qui expliquent tout ça. Mais elle me prend pour qui ? J'ai pas attendu après elle. Je sais ce que j'ai à faire depuis mes infarctus. L'adjoint au maire, c'est pareil « Mr H., prenez soin de vous, faites des exercices, manger sainement ». Oh, mais oh ! J'ai pas toujours de quoi manger, et lui il est ORL. C'est un mec qui doit se faire 7 à 10 000 euros par mois dans son cabinet. Pour lui, un mec qui gagne moins de 5 000 euros par mois, il peut pas bouffer. ça veut dire que Mr machin qui est ORL, il peut vivre à 5 ou 6000 euros par mois, mais Mr H. qui est ex-charpentier, couvreur, zingueur, avec 600 il doit y arriver ? Pourquoi je suis 10% inférieur à lui ? C'est un mec qui gagne 10 fois plus que moi et il comprend pas que j'arrive pas. Je lui ai dit... Quand on voit une assistante sociale qui a 22 ans et qui me dit « monsieur, faites comme ça ». Elle est bien gentille. « Faites comme ça ». Je lui dis « vous êtes bien gentille, mais... vos parents travaillent encore » ? Elle me dit que oui, je lui dis « parler un peu avec vos parents peut être qu'un jour ils auront des soucis ». Elle sait pas combien ils touchent ses parents. Et moi elle me dit avec ce que j'ai « il faut y arriver, vous devez y arriver, faut compresser ». Compresser quoi ? Y'a plus rien à compresser. Compresser du vide ? Et tout ce qu'on me dit c'est « vous devez y arriver ». J'ai dit à la fille « je prends mes affaires parce que tout à l'heure je vais vous en coller une ». Attends... Elle a 10 ans de plus que mon petit fils et elle me dit ça... J'ai pris les affaires je suis parti, parce que je me suis dit, si je commence à bouillir, je vais lui mettre une gifle dans les dents, ça va rien changer au problème. Voilà et puis c'est partout pareil » (entretien n° 32).

Conclusion

Cet extrait d'entretien, qui reprend les paroles de Mr H., peut résumer la façon dont les gens qui vivent négativement leur vieillissement parlent de leur parcours de vie et de leur trajectoire de vieillissement : « *Moi je m'en fous de moi, moi j'ai ce que j'ai, j'ai déjà eu 10 ans de sursis, mais du sursis comme ça, j'en veux pas. Moi je m'en suis toujours foutu de moi, de petit à maintenant. Quand j'étais gamin, j'ai perdu mes parents, je m'occupais de ma sœur, c'est comme ça, c'est la vie, j'accepte. Très bien. Le fait d'avoir bossé tôt, tout ça, c'est très bien. J'ai fait ce que j'avais à faire. C'est la retraite que j'accepte pas, parce que je peux pas faire ce que je veux, et que c'est injuste de vivre une retraite comme ça, après la vie que j'ai eu. Mais c'est comme ça. Je la vois pas bien cette aventure de la retraite. Depuis que je suis à la retraite, c'est pire qu'avant, c'est mort* » (entretien n° 32).

Leur vie n'est cependant pas composée que d'éléments négatifs, comme peut tendre à le faire penser ce chapitre. Nous n'avons pas souhaité décrire et comprendre la vie des individus tel un tableau noir, sans nuances. À l'inverse, bien entendu, les individus parlent de moments positifs, ainsi que d'éléments sur lesquels ils s'appuient pour vivre leur vieillesse. Ainsi, quasiment tous les individus ont insisté sur le fait qu'ils ne se sentent ni isolés, ni seuls. Ils sont entourés, par les membres de leur famille, souvent très présente, par les voisins qui par un système de solidarité (Frossard et Ennuyer, 1988 ; Drulhe, Clément, Mantovani, Membrado, 2008) contribuent au maintien à domicile des personnes les plus touchées par les aléas du vieillissement. Ils nous parlent également, à la marge, de moments de joie, de bonheur, de projets, et nous avons vu des sourires illuminer malgré tout le visage de ces personnes.

Ce n'est donc pas un tableau noir que nous avons voulu dresser de la situation des personnes qui sont le plus éloignées de l'injonction au bien vieillir, à la responsabilité individuelle, à la mise en adéquation des comportements avec les difficultés introduites par l'avancée en âge. L'analyse des entretiens met en lumière le fait que des événements du parcours de vie et/ou de la trajectoire de vieillissement impactent négativement les représentations de la vieillesse et les pratiques concrètes des individus vieillissants lorsque ces derniers n'estiment pas avoir les ressources, en termes d'envie comme de finances, de relations, d'état de santé, pour surmonter ces troubles. Il est significatif de pointer le fait que l'ensemble des personnes qui s'approchent de cette tendance à mal

vieillir, à vivre le vieillissement comme une *épreuve*, sont celles qui s'estiment être au bas de l'échelle sociale, cumulant ainsi les déficits pour espérer tendre vers une retraite heureuse. Ces personnes sont également celles pour qui le travail de connaissance de soi afin de poursuivre l'idéal du « bien vieillir » suscite son lot de souffrances. Natalie Rigaux a notamment analysé les conséquences d'un éloignement aux exigences normatives et morales dans la société contemporaine (Rigaux, 2003 : 266). Chez les personnes au centre de ce chapitre, pour qui il est difficile de valoriser leur capacité d'autonomie et de réalisation de soi dans le vieillissement, les normes sociales produites peuvent entraîner un sentiment de rejet, d'exclusion, de mise à la marge, ce qui se comprend dans leur volonté de se retirer du monde.

Les expériences individuelles du vieillissement ne s'épuisent cependant pas dans ce registre essentiellement négatif. De nombreuses personnes de l'échantillon définissent leur vécu du vieillissement de façon avant tout positive et mettent en œuvre dans leur quotidien des pratiques issues d'une éducation qui fait des notions de responsabilité individuelle et d'adaptation des valeurs cardinales de leur parcours de vie.

Chapitre 7

« Vieillir ?

Cela s'apprend »¹⁰⁵

¹⁰⁵ Le titre de ce chapitre est repris de l'article de Castelli, publié en 1997 dans la *Revue suisse de sociologie*, sur lequel nous nous sommes particulièrement appuyé pour analyser et interpréter les données recueillies auprès des personnes âgées qui partagent certaines caractéristiques dans leur avancée en âge et que l'on rassemble sous cette tendance à vivre positivement leur vieillissement.

Introduction

La deuxième grande tendance de relation au vieillissement réussi regroupe les individus qui disent être satisfaits de leur vieillissement, et ce malgré des événements qui ont ponctué leur parcours de vie et/ou leur trajectoire de vieillissement. Ces derniers ont connu des inflexions à la suite d'événements particuliers, mais à l'inverse de la tendance au « mal vieillir », ces événements ne sont pas pensés au regard de leurs impacts négatifs, mais davantage par les apprentissages et les adaptations qu'ils ont nécessités afin de permettre un fort « maintien dans le monde ». Dans les entretiens, contrairement aux personnes âgées qui vivent leur vieillissement dans un éloignement du monde, les événements négatifs et leurs impacts sont minimisés. Les individus mettent plus facilement en avant les événements positifs de leur parcours de vie, les événements qui les ont construits. Lorsqu'ils abordent les moments difficiles, inattendus, imprévus et négatifs, c'est davantage pour souligner la façon dont ils les ont surmontés que pour appuyer sur toutes les conséquences néfastes qu'ils ont engendrées dans leur expérience du vieillissement. En ce sens, les discours des personnes interrogées sont grandement différents de ceux des personnes qui disent vivre leur vieillissement sur un mode négatif : moins de colère et de ressentiment s'expriment lors de discussions beaucoup plus apaisées ; les raisons objectives qui pourraient les entrainer dans une forme de mal vieillir, comme les problèmes de santé, ou la perte d'un enfant par exemple sont supplantées par la valorisation de leurs capacités d'adaptation aux changements, d'apprentissages, de dynamisme, etc.

Les entretiens mettent en lumière l'importance majeure que les individus accordent aux notions d'autonomie et de responsabilité, malgré leur inscription, pour certains, dans la catégorie de la dépendance. Sur les 11 personnes que l'on rassemble dans cette tendance à vivre son vieillissement de façon positive, sur le mode de l'apprentissage et de la découverte, 6 sont bénéficiaires de l'APA (entretiens n° 3, 4, 16, 20, 23, 35), mais ne raisonnent pas en termes d'installation dans la *carrière* morale du dépendant. Ils soulignent le fait que malgré des difficultés fonctionnelles, ou l'apparition de troubles de la mémoire, ils conservent une autonomie dans les décisions, dans les choix qui orientent leur vieillissement, et qu'ils restent responsables de leurs actes et de leurs choix. Avoir une aide financière pour payer des intervenants à leur domicile pour les soulager dans quelques actes de la vie quotidienne est pensé comme une possibilité de multiplier les relations sociales et comme le moyen de rester actif en

participant à ces tâches tout en conservant des forces et de l'énergie à investir dans d'autres activités. Mme M., 88 ans, nous parle ainsi de la dame qu'elle emploie à son domicile en gré-à-gré dans le cadre du plan d'aide APA : *« Heureusement que j'ai Maria, ma super femme de ménage, qui est très dévouée, et très gentille. Vous savez moi, je suis autant autonome que dépendante. Je me résume pas à être dépendante. C'est aussi pour ça que je choisis moi qui vient à mon domicile pour faire le ménage et entretenir la maison. Je tiens à ce que ce soit moi qui décide. Alors je continue avec mon amie Maria. [...] Je me sens pas seule, avec Maria ma super femme de ménage, et puis mes enfants, qui sont très présents. Et puis, comme je fais pas le ménage et l'entretien de la maison, ça me laisse du temps et du... de l'énergie pour peindre. Je continue à peindre, ça m'éloigne de la déprime, de la solitude. À 88 ans, vous voyez, on peut encore trouver des choses pour continuer à avancer ! »* (entretien n° 16). La catégorie n'est pas enfermante, car elle est pensée et utilisée comme un soutien, un appui pour conserver activités et autonomie, et une prise sur son monde.

Les individus dont l'expérience se rapproche de cette tendance à bien vivre son vieillissement sont majoritairement des personnes au statut social relativement élevé : Mme C., 88 ans, est retraitée de la fonction publique, où elle était contrôleur des finances (entretien n° 3) ; Mr B., 84 ans, est un ancien enseignant-chercheur à l'université (entretien n° 8) ; Mr D., 84 ans, et Mr L., 90 ans, sont des ingénieurs à la retraite (entretiens n° 10 et 23) ; Mme M., 88 ans, est fille de banquier et veuve d'un commandant de l'armée (entretien n° 16) ; Mme T., 66 ans, est une ancienne enseignante (entretien n° 29) et Mr V., 75 ans, a été graphiste dans la fonction publique territoriale (entretien n° 33). Ces personnes ont dans l'ensemble connu des périodes d'éducation et de socialisation stricte, ont vécu leur enfance et leur adolescence en pension ou dans des établissements reconnus pour leur sérieux et leur discipline, et ont connu des carrières professionnelles qui leur permettent de capitaliser à la retraite sur leurs ressources financières, relationnelles, culturelles. De manière générale, ces individus sont inscrits dans des liens sociaux qui restent denses, que ce soit au niveau familial ou amical. Ils fréquentent à la retraite des individus appartenant aux mêmes milieux sociaux et professionnels, disposent donc de réseaux de sociabilité influents, riches et variés et s'engagent dans leur vieillesse dans des activités bénévoles ou militantes en lien avec leur carrière professionnelle et leur métier.

Un positionnement élevé dans l'échelle sociale ne caractérise cependant pas toutes les situations des personnes qui valorisent leur trajectoire de vieillissement. Les 5 autres individus de l'échantillon qui se positionnent favorablement par rapport à leur vieillesse ont vécu et vivent dans des sphères moins socialement privilégiées et ont connu des métiers plus pénibles qui impactent leur état de santé à la vieillesse. Mme M., 80 ans, née en Italie, a travaillé comme couturière puis ouvrière avant de se concentrer sur l'éducation de ses enfants (entretien n° 4). Mme J. 64 ans, elle aussi ouvrière dans une usine de fabrication d'aiguilles chirurgicales, s'est vue contrainte d'arrêter de travailler à partir du moment où la sclérose en plaque devenait trop handicapante (entretien n° 14). Mr B., 83 ans, ancien ouvrier puis contremaître dans une usine de produits chimiques, a connu de multiples accidents de santé (entretien n° 20). Mr A., 85 ans (entretien n° 35), est un artisan à la retraite, et comme Mr B., il met en place de nombreuses stratégies d'adaptation face aux nombreux problèmes de santé qui découlent d'une vie de travail laborieuse. Ces personnes ne s'engagent pas dans des activités associatives et bénévoles, elles sont beaucoup plus repliées sur leur univers domestique, mais ne voient pas une multiplication des engagements comme une obligation dans leur expérience du vieillissement. Leur affiliation au monde ouvrier fait que leur trajectoire de vieillissement se comprend davantage autour d'un investissement dans leur vie privée et familiale, et beaucoup moins orientée vers l'extérieur (Lalive d'Epinay, 1991 : 67). Leurs plus faibles ressources financières et culturelles ne les empêchent pas de valoriser leur forte capacité d'adaptation et de volonté à surmonter les obstacles de leur parcours de vie et de leur trajectoire de vieillissement.

Toutes et tous, ouvriers comme ingénieurs, femmes au foyer comme fonctionnaires expriment une volonté de s'en sortir par soi-même, de surmonter les obstacles, de s'adapter aux changements inhérents à la vieillesse et au vieillissement, par leurs ressources propres, par les supports familiaux ou amicaux qui leur permettent de développer des stratégies autonomes afin de garder une prise sur leur monde, sur leur quotidien, sur leur avancée en âge. Cela peut être compris comme une forme d'adhésion à une des composantes de l'injonction moderne au bien vieillir, à la réussite de son vieillissement, qui est l'adaptation aux effets induits par le vieillissement et par les événements qui peuvent les conduire dans la *carrière* institutionnelle de la dépendance. Ce terme d'adaptation, central dans le Plan National Bien Vieillir¹⁰⁶, est également celui

¹⁰⁶ Cf. chapitre 3 partie II.2.

qui revient fréquemment dans le discours des personnes âgées interrogées, comme dans l'extrait d'entretien avec Mr D., 84 ans : « *Un ingénieur sait s'adapter aux aléas. C'est ce que je fais maintenant, et c'est ce que j'ai toujours fait* » (entretien n° 10).

Cependant, cette adaptation, ou plutôt ces adaptations, qui permettent de tendre vers un sentiment de vivre une expérience positive de son vieillissement, ne signifient pas pour autant que les individus suivent l'appel à la modification des comportements et des modes de vie contenu dans la politique contemporaine de prévention de la dépendance dans le vieillissement. La prévention n'est pas pensée comme une intrusion du politique dans la chaire même de leur existence, de leur quotidien à la retraite, tant ils vivent, pensent et légitiment leurs comportements et leurs modes de vie à la vieillesse dans une continuité de vie. Pour toutes les personnes interrogées qui sont au centre de ce chapitre, les périodes de socialisation dans leur parcours de vie ont fait vivre en eux un rapport très fort à la responsabilité individuelle, à l'autonomie et à la promotion de conduites de vie et des comportements sains, qu'ils actualisent dans leur vieillissement. Une hygiène de vie saine, dans toutes ses composantes, n'est pas établie dans un but de prévention, c'est-à-dire dans un but de réduire les risques du vieillissement, car elle est le résultat d'une éducation qui doit se poursuivre même dans la vieillesse et, car elle ne garantit en rien la survenue d'événements problématiques dans le vieillissement.

Ainsi, les expériences individuelles du vieillissement sont pensées et exprimées par les personnes âgées comme le moment de découvertes et d'apprentissages, tant le vieillissement introduit des nouveautés qui nécessitent un travail d'appropriation de leurs conséquences. Ces découvertes et apprentissages n'entraînent cependant pas une redéfinition totale des pratiques sociales, des activités et des engagements qui structurent le quotidien. Les personnes pensent et vivent leur vieillissement dans une continuité en termes de mode de vie, de comportements. Le vieillissement est alors une nouvelle étape dans le processus d'éducation et de socialisation de l'individu.

I. Le vieillissement : découvertes et apprentissages

Le discours recueilli auprès des personnes dont l'expérience s'est révélée, à l'analyse, proche de la tendance au bien vieillir évoque le vieillissement en termes de découvertes qui appellent à des apprentissages. Les individus ne donnent ainsi pas d'eux

une image dévalorisante, car ils disent ne pas vivre la vieillesse et le vieillissement comme un déclassement qu'ils ont du mal à accepter. Les individus admettent volontiers que le vieillissement induise un déclin de l'ensemble des capacités – *« La vieillesse c'est pas que de la perte, de la dégradation. On peut combattre ça, et s'améliorer. On perd beaucoup au niveau physique, superficiel, ça c'est douloureux, c'est pas rien de vieillir. C'est toute l'enveloppe qui se transforme. Et dans la force, et dans l'énergie. Mais en même temps, on peut gagner autre chose, c'est à l'intérieur »* nous dira Mme T., 66 ans (entretien n° 29), mais ils insistent sur le fait que l'apprentissage des changements que le corps subit avec l'avancée en âge leur permet de mieux se connaître et de rester actifs dans leur vieillissement. L'extrait d'entretien avec Mr B. 84 ans, professeur des universités à la retraite, qui a appris il y a peu de temps qu'il se trouvait au tout début de la maladie d'Alzheimer, résume bien l'idée générale qui ressort des entretiens : le vieillissement entraîne mécaniquement des pertes, ce qui est naturel, mais il faut alors apprendre ce qui est considéré comme naturel : *« On admet bien que les muscles faiblissent, on admet bien que la vue baisse, que la peau se flétrisse, tout ça on le sait et on l'admet, parce qu'il faut vivre, donc intellectuellement, on le sait et on l'admet. Donc, que les fonctions cognitives elles baissent aussi, ça n'a rien d'étonnant, pourtant c'est moins bien accepté. Ces fonctions elles baissent plus ou moins vite, mais c'est vrai aussi des autres fonctions. Il y a des gens qui ont besoin d'une canne très tôt, et d'autres plus tard. Vieillir, c'est une décroissance normale, qui est très variable selon les individus. Il y a des variations individuelles, et il y en a aussi du côté des fonctions cognitives. Donc on apprend à marcher avec une canne, et il faut admettre d'apprendre à faire avec des troubles de la mémoire qui apparaissent »* (entretien n° 8).

Le vieillissement, pour les personnes interrogées, n'est gérable que par un processus d'apprentissage et de socialisation¹⁰⁷ face aux événements qui impactent la trajectoire de vieillissement – et ainsi le sens du vieillir-, dans ses aspects physiologiques, psychologiques, sociaux, relationnels, etc. Les personnes dont sont ici analysés les discours connaissent des rythmes de vieillissement différents, ainsi que

¹⁰⁷ La notion d'apprentissage est ici comprise dans le sens large d'acquisition et de constitution de savoirs personnels (Castelli, 1997). La socialisation est entendue comme le processus social de confrontation de savoirs multiples et l'état auquel se processus permet d'aboutir. Cela renvoie à l'idée de Berger et Luckmann (1986) d'incorporation d' *« un individu déjà socialisé dans des nouveaux secteurs du monde objectif de sa société »* (1986 : 179). La vieillesse et le vieillissement sont pensés et vécus par les individus comme une nouvelle phase de leur processus de socialisation.

divers événements qui représentent des interpellations significatives au point de vue de leur expérience de vieillissement. Le vieillissement passe par une gestion de ces événements significatifs, et vieillir revient finalement à faire face à ces changements, à les intégrer, à les « *travailler* », comme le répétera souvent Mr L., 90 ans (entretien n° 23), de telle sorte à ce qu'ils fassent sens et que la continuité de vie soit assurée. Vieillir n'est alors non pas une *épreuve*, comme dans le chapitre précédent. Pour les individus interrogés, le vieillissement n'est pas une *épreuve* qui contraint, mais un défi à réussir.

I.1. Apprendre des événements

La socialisation au temps de la retraite passe dans un premier temps par ce que Caradec nomme « *la désocialisation professionnelle anticipée* » (2004 : 32). La majorité des personnes qui vivent leur vieillissement sur le mode de l'apprentissage et de la socialisation aux conséquences d'événements particuliers a vécu le passage à la retraite comme un événement heureux, notamment parce que la retraite avait été « préparée ». Cette préparation passe par une prise de distance, dans les derniers temps de la vie active, avec le monde du travail : un moindre investissement au travail, une moindre envie, l'impression d'avoir la tête déjà tournée vers les projets de la retraite sont des motifs qui reviennent souvent dans les entretiens, tout comme celui de se sentir dépassé, dans les derniers temps de la carrière professionnelle par l'introduction de nouvelles méthodes de travail : « *Je suis resté 22 ans à la maison du tourisme, et à la fin, les ordinateurs venaient de se vulgariser si on peut dire. Mais moi, j'étais sur la fin, donc je me suis pas investi dans ces formations-là. Je me suis dit qu'à ma retraite ça me servirait pas. Ben, c'est vrai que je me sers pas de l'ordinateur* » (Mr V., 75 ans, entretien n° 33).

Les personnes, lorsqu'il s'agit de parler du passage à la retraite, évoquent les bonnes raisons qui les ont convaincues de la légitimité de leur cessation d'activité. Bien entendu, une telle distance face à son travail ne caractérise par l'ensemble de la carrière professionnelle, mais seulement les derniers mois, ou tout au plus les dernières années, qui rencontrent une baisse de la motivation nécessaire pour faire « du bon travail » au quotidien : « *Question : Comment vous avez vécu le passage à la retraite ? Mme C. : Oh très très bien. J'ai même anticipé moi. À la fin, j'en avais un peu marre, parce qu'avoir travaillé consciencieusement toutes ces années, en plus d'avoir élevé mes*

enfants... Comme j'avais trois enfants, j'avais la possibilité de partir à 55 ans. J'en avais marre, ça m'a pas manqué » (Mme C., 88 ans, entretien n° 3).

Le fait de se désinvestir progressivement de son univers de travail permet tout à la fois une « désocialisation professionnelle anticipée » et une « socialisation anticipée » au temps de la retraite. Se libérer du stress et des contraintes du travail permet de penser à la transition de la retraite, et ainsi de projeter ce que cet événement du parcours de vie va changer pour mieux appréhender ces changements. Le passage à la retraite est souvent le premier événement qui demande une gestion particulière et des apprentissages en termes de relations et de temporalités nouvelles par exemple : *« Un jour, j'ai réalisé que dans 4 ans, j'allais être à la retraite. Ça m'a surprise. Alors j'ai commencé à réfléchir sur ce que ça changerait pour moi. J'ai bien fait d'y penser, parce que du jour au lendemain, vous voyez moins vos collègues, même si je les vois dans le cadre de l'association désormais, mais... ça fait un vide, un vide de relation, un vide aussi dans l'organisation de la journée. Il a fallu s'y faire, et revoir les différents temps de mon quotidien. Maintenant, le matin, c'est la lecture pour moi. Je lis les journaux d'abord, pour m'informer, j'en lis plusieurs pour avoir plusieurs sources, et puis après je lis soit des romans, soit des ouvrages dans le cadre de la thérapie, pour développer mes compétences de thérapeute »* (Mme T., 66 ans, entretien n° 29). Cette gestion nouvelle du temps dans les premiers temps de la retraite revient dans la grande majorité des entretiens, les individus soulignant la nécessité à laquelle ils ont fait face de s'habituer aux changements que la retraite impose : *« Au début, on aimerait bien retourner à l'atelier, voir les représentants qui passent, les fournisseurs, les clients aussi, parce que ça manque, on a peur de se retrouver tout seul. Et puis, on s'y fait, on a pas le choix, il faut s'y faire, sinon on tombe dans une sorte de déprime. Ça, non, je voulais pas. Donc j'ai regardé ce que ça changeait pour moi la retraite, et j'ai composé avec. Mais j'ai l'impression que c'est un autre temps tout ça, ça fait quoi... 25 ans que je suis à la retraite ! Alors maintenant, on peut dire que je m'y suis fait ! »* (Mr A., 85 ans, entretien n° 35).

L'apprentissage du vieillissement passe par la suite par la gestion d'événements significatifs dans l'existence des personnes vieillissantes. Ces dernières prennent acte des modifications personnelles pour mieux les comprendre. « Apprendre » n'est alors pas indépendant de « comprendre » : les apprentissages rendus nécessaires par les événements font partie d'un processus de compréhension de leurs impacts afin de mieux

les intégrer pour pouvoir continuer à vivre et donner un sens à sa vie. Les individus se placent ainsi pleinement dans l'esprit de Dewey quand celui-ci fait du fait de vivre la condition primordiale à tout apprentissage : « *Apprendre ? Certainement ; mais vivre d'abord, et apprendre par la vie et dans la vie* » (Dewey, 1900, cité par Alves-Bernard, 1996 : 101).

Les problèmes de santé sont les événements ayant nécessité des apprentissages qui reviennent le plus dans les entretiens. Ils sont mis en mots non pas pour souligner le déclin des capacités de certaines fonctions biologiques, mais pour mettre en avant ce qui a été mis en place pour que la trajectoire de vieillissement ne se résume pas au déclin. De la même manière que le décès du conjoint ou de la conjointe demande, au-delà des étapes nécessaires au travail de deuil (Vézina, Bourque et Bélanger, 1988), un apprentissage à vivre seul(e) tout autant qu'une redéfinition des frontières de ses relations pour que le reste de la vie ne soit pas vécue dans l'isolement et/ou la solitude, la survenue des troubles de santé entraîne les individus dans une double logique : accepter que des pertes dans les facultés à réaliser les actes les plus quotidiens surviennent tout en les intégrant dans une nouvelle façon de façon de faire. Mme M. 88 ans, veuve depuis 4 ans, a connu durant l'hospitalisation de son mari à leur domicile un malaise qui a nécessité une hospitalisation, laissant son mari à son domicile entouré des infirmières et médecins jusqu'à la fin de ses jours. Depuis ce passage à l'hôpital et la mort concomitante de son mari, Mme M., désormais atteinte de DMLA¹⁰⁸, vit dans une expérience sans cesse renouvelée de son vieillissement : « *Quand je suis sortie de l'hôpital, j'étais mal, vraiment mal en point. Ce mois à l'hôpital, puis ce mois dans le centre de rééducation, ça a été très très dur. Très très dur... Je me sentais vide. Il a fallu que je réapprenne... pas que je réapprenne à marcher, mais... Question : Vous voulez me dire qu'il a fallu vous faire aux changements à la sortie de l'hôpital ? Mme M. : Je vous dis, j'ai dû apprendre à marcher après mon passage à l'hôpital, j'en suis sortie tellement faible que je marchais différemment d'avant. Ça s'apprend. Ou alors, si on veut pas s'y faire, et bien on marche plus du tout. Faut savoir ce qu'on veut. Moi, j'ai bien écouté ce que m'a dit le kiné, comment positionner mes pieds pour être plus*

¹⁰⁸ La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA) est une maladie de la rétine provoquée par une dégénérescence progressive de la macula, partie centrale de la rétine. Cette maladie peut apparaître à partir de 50 ans, et devient de plus en plus fréquente à partir de 65 ans. La DMLA, si elle n'anéantit pas totalement les capacités visuelles, provoque cependant leur affaiblissement de manière assez marquée. L'annonce de la DMLA est très souvent perçue comme un « *véritable cataclysme* » dans la vie des individus (Desjeux, 2006 : 18).

économe en énergie quand je marche, tout ça. Oui, ça s'apprend. J'ai appris à lire avec cet appareil, ça se fait pas tout seul. Vous, vous êtes comme tout le monde, vous avez l'habitude de lire un livre en le tenant dans les deux mains, mais vous avez pas l'habitude de lire avec un livre posé à plat, sous une grosse loupe. Et ben au début ça fait bizarre, mais maintenant je lis comme ça » (entretien n° 16). Elle s'est dotée d'un appareil spécial conçu pour les déficients visuels afin de leur permettre de poursuivre leurs activités de lecture (Moulias, 2008). À 88 ans, changer ses habitudes n'est pas une chose aisée, mais lorsque des accidents de santé troublent le cours du quotidien, bien vieillir se sonde à l'aune de la volonté et de la capacité d'apprendre de leurs conséquences.

Mr B., 83 ans, ancien contremaitre dans une usine de produits chimiques, est l'exemple qui illustre le mieux la façon dont certaines personnes âgées surmontent les aléas de santé en apprenant de ces derniers. Comme cela a été montré pour le cas de malades chroniques (Carricaburu et Ménoret, 2004), les 11 individus que l'on regroupe dans cette tendance à avoir une vision positive de leur vieillissement renvoient toutes et tous à l'idée d'un travail nécessaire à la gestion du vieillissement et des événements qui le composent, afin de continuer à exister socialement, sans que les problèmes de santé ne deviennent leurs attributs uniques ou principaux. Ils gouvernent en ce sens eux-mêmes leurs corps, sans attendre qu'une intervention extérieure ne les invite à faire ces travaux d'apprentissages.

Mr B., a enchaîné les problèmes de santé depuis l'âge de 52 ans. Reconnu comme « invalide », il n'accepte pas cette catégorisation, ni même celle de retraité, car sa trajectoire de vieillissement ne se résume pas à ce qu'il ne peut plus faire, mais à ce qu'il a appris à faire depuis ces nombreux accidents de santé. Véritable miraculé, le fait d'être encore en vie est pour lui la preuve qu'un mal peut être transformé en bien, depuis qu'il a compris qu'il ne s'en sortirait qu'en apprenant de ces événements, qu'il détaille durant l'entretien sans colère ni rancœur : *« A 52 ans, j'ai commencé à perdre la vue. Ça avait commencé avant et puis petit à petit, ça a commencé par un point noir au centre de l'œil, la macula. Puis ça s'est agrandi. Alors bon, analyses de sang bien sûr, radios des dents, des sinus, des machins, tout le bazar, j'ai passé partout. Après j'ai fini par aller à Lyon. On devait me faire le laser et là le type qui devait me faire le laser il m'a dit « si je vous fais le laser là, mon cher monsieur, vous verrez plus jamais rien ». Parce que c'est de la soudure électrique le laser, hein. Alors, comme c'était en plein*

milieu, c'était la macula. Alors je suis allé jusqu'à Paris, et puis je suis revenu. Partout on me disait « oui, mais... ». J'étais soigné aux antibiotiques, je suis resté 10 ans sous antibiotiques. Ça vous dit rien ? 10 ans ! Et ben, vous savez faut être costaud, parce que l'ophtalmo qui me soignait à Grenoble, il me disait toujours « vous avez pas mal à l'estomac ? Vous avez tellement de produits ». J'ai mangé tellement de médicaments, et j'en mange encore, la cortisone et compagnie. Mais je prends pas tout, ça, je vois moi. Mais il faut être drôlement résistant, je me demande comment je suis encore là. Bon c'est comme ça. Alors petit à petit, ça s'est agrandi et puis un jour ça m'est tombé... j'ai fait une hémorragie. L'œil droit été déjà parti et là c'est pareil, il m'avait dit « ça passera jamais de l'autre côté ». T'es pas fou ? Six mois après ça y était, l'autre côté était touché, petit à petit. Et un beau jour je rentrais de travailler, c'était midi, et je dis « c'est drôle je vois plus les gens là-bas ». Après j'ai eu les genoux qui m'ont lâché. J'ai deux prothèses totales de chaque côté. C'est trois pièces, une en métal et l'autre en sorte de résine, et chaque pièce remplace une partie de l'articulation du genou. J'ai dû apprendre à marcher avec ça et une canne, parce que je voulais continuer de marcher. Oh, ça s'est bien fait, je m'y suis fait » (entretien n° 20).

Mr B. dit de lui qu'il est devenu un expert médical, tant pour chaque problème de santé rencontré, il a tenu à être mis au courant de tout ce qui compose le problème. Cette volonté de savoir est ce qui permet d'ajuster, au quotidien, son comportement aux effets de la maladie. Il connaît ainsi tous les médicaments qui lui sont prescrits, leur posologie, leur effet sur tel organe, et décide ainsi de l'observance des traitements en fonction de ce qu'il ressent : *« Et puis après... ben... c'est le cœur qui a lâché. Question : À quel âge ? Mr B. : Y'a 2 ans. Je me soignais déjà pour le cœur, j'avais un problème, je faisais de l'arythmie. Alors ils m'ont fait un électrochoc un jour, et ça m'a rien fait. Vous savez ce que c'est ça ? Ah je vous le souhaite pas. On vous fait un choc électrique au cœur, pour essayer de le remettre d'aplomb. Il m'avait expliqué le cardiologue là-bas à Grenoble, il m'avait dit « vous avez une oreillette qui bat la générale ». Et quand c'est comme ça, le pouls est pas régulier. Et alors ça se forme des caillots de sang, et ils viennent s'accumuler là, et si y'en a un qui part et ben il va où ? On en sait rien. Alors il m'a dit « on va vous mettre sous anticoagulant ». J'en ai en permanence là maintenant, mais des fois je prends pas, quand je vois que j'ai moins besoin de fluidifier le sang. Parce qu'avant mon attaque, c'était anticoagulant, anticoagulant. Jusqu'au jour où... là où vous êtes assis, sur cette chaise... ça allait pas*

trop mal, c'était un samedi. On était en train de manger et... et j'ai fait comme ça [il ferme les yeux et baisse la tête, comme s'il s'endormait assis]. Je suis parti. Et ben au CHU, ils ont cherché partout, pendant une dizaine de jours, ils m'ont fait un tas d'électrocardiogrammes, d'analyses de sang bien sûr, des prises de tension, en permanence, ils m'ont mis un pacemaker, tout... Ils m'ont même enregistré le cœur, avec leur ordinateur ils peuvent tout savoir maintenant. Et le cardiologue, un jour il me convoque dans son bureau et il me dit « j'ai trouvé. Vous devriez plus être là. Votre moteur est usé... complètement. Vous avez le cœur qui s'arrête de temps en temps. Sur l'enregistreur on voit des arrêts de trois secondes et plus, c'est impossible que quelqu'un résiste à ça ». Je dis « ben j'ai rien senti. Faut croire que je sais pas... je suis une exception, j'en sais rien ». Alors... il me dit « c'est pas possible, c'est pas possible. Alors on va vous mettre un pacemaker ». Et ben maintenant, j'ai ce truc à la place du cœur, et là c'est pareil, ça parait pas, mais faut s'y faire aussi. J'ai dû assimiler que quand je fais un effort trop... un peu trop gros, ça joue sur le pacemaker et je ressens comme des contractions en haut de la poitrine. Donc il faut trouver à chaque fois la limite. Mais ça va bien depuis, oui oui » (entretien n° 20).

Ces longs extraits de l'entretien avec Mr B., montrent à quel point, à chaque fois qu'est abordé un problème de santé, le discours se structure de la même manière, comme chez Mr L., 90 ans : description du problème de santé, explications médicales profanes avec parfois des termes techniques qui mettent en lumière le travail de connaissance et de compréhension effectué par Mr B., et stratégies d'apprentissages et d'ajustements. Les problèmes de santé ne sont cependant pas les seuls moments qui engagent les individus dans un travail pour apprendre à vieillir. Dans leur expérience du vieillissement, ces événements ne sont pas vécus comme des contraintes. En ce sens, le vieillissement n'est pas une *épreuve*, mais un défi à réussir, car les changements doivent faire sens pour que la continuité de vie soit assurée.

I.2. Le vieillissement : un défi à réussir

Les individus qui disent être satisfaits de leur trajectoire de vieillissement se tiennent à distance de la *carrière*, institutionnelle autant que morale, de la dépendance. Les apprentissages sont alors nécessaires afin de conserver une forte autonomie ainsi qu'un « maintien dans le monde » (Caradec, 2007 : 31) : continuer à exister socialement, continuer à décider par soi-même, continuer à être utile pour soi et les

autres, continuer à faire des choix constituent les objectifs principaux des personnes âgées dans leur vieillesse et leur vieillissement. « Vieillir autonome » est devenu l'objectif prioritaire des politiques européennes de santé (Martin, 2003b) tout autant que le défi que se donnent les personnes interrogées. Dans les discours, les individus ne cachent pas leurs fragilités, physiques, psychiques, émotionnelles, relationnelles, etc. qui peuvent les engager dans une trajectoire de vieillissement dégradée. Les événements multiples de la vie d'un individu, et plus encore dans la vieillesse lorsque le corps, naturellement, décline, représentent des défis à affronter lorsqu'ils ne sont pas vécus dans leur seule dimension contraignante (Charpentier, 2010). Vivre son vieillissement comme un temps d'apprentissages et de socialisation témoigne d'une volonté forte de ces individus, qui ont pour la plupart des ressources financières, matérielles et culturelles importantes, de relever le défi du vieillissement. Le défi est alors de garder une part, variable selon les individus, d'autonomie afin de continuer à exister.

Ce qui ressort des entretiens avec les personnes concernées est que toutes et tous se donnent des objectifs, des buts, malgré les difficultés. Seul Mr A., 85 ans, parle explicitement de « défi », mais tous les autres insistent également sur la volonté de mener à bien un but ou des buts précis, qui révèle toujours la volonté d'autonomie. Ce ne sont très souvent pas des desseins extrêmement ambitieux, mais plutôt relatifs à ce qui fait sens pour la personne. Ainsi Mr A., 85 ans, artisan à la retraite, se déplace difficilement. Ancien charpentier-menuisier, il a subi à la retraite des opérations aux deux genoux et aux deux hanches. Il vit désormais avec des prothèses aux genoux et aux hanches, ce qui introduit des difficultés dans la marche. Sa femme de 84 ans est lourdement dépendante depuis 2 ans, et c'est désormais lui qui gère les repas, les courses, la vaisselle, la paperasse, ce qu'il n'avait jamais fait du temps de sa vie active. Toutes ces tâches étaient dévolues à sa femme, qui de plus gérât la comptabilité et la gestion de la petite entreprise de son mari, qui comptait Mr A. et un ouvrier. Il lui a fallu apprendre à gérer un intérieur, à gérer les comptes, à trouver tous les papiers pour constituer le dossier APA de sa femme. Il s'en accommode plutôt bien, à partir du moment où, malgré ses prothèses, il peut, une fois par semaine, continuer à aller faire son tour en forêt. Chasseur depuis toujours, il prend quelques fois une arme, « *au cas où je croise quelque chose* », mais souhaite avant tout poursuivre ses marches dans la forêt pour se prouver qu'il peut encore le faire. C'est son défi : « *Je m'étais toujours dit que même vieux, je voulais continuer à aller aux champignons, à la chasse, ou au moins*

être dans les bois. Et ben c'est pas facile, entre ma femme qui ne peut plus sortir et que je peux pas laisser seule, mes hanches qui se déglissent, même avec les prothèses ça arrive qu'elles se déboitent, tout ça. Et ben je continue quand même. Avant j'y allais le weekend, le samedi ou le dimanche. Bon, là on a personne qui vient le weekend pour ma femme avec l'ADMR, donc je vais faire mon tour un jour de la semaine, pendant qu'une dame est là. – Question : De ce que vous me dites, j'ai l'impression que votre vieillissement est compliqué, avec tout ce que vous me racontez ? Mr A. : Ah non, non je trouve pas. Je me suis organisé pour que ça tourne, j'ai mes compartiments pour les papiers, les courriers, les factures tout ça. J'ai compris le fonctionnement de tous les traitements de ma femme. Et moi je continue à avoir ma demi-journée libre dans la semaine. – Question : C'est important pour vous ? Mr A. : C'est mon défi, il y a un an, quand j'ai vu que ça devenait de plus en plus compliqué, je me suis dit « bon, c'est soit je vais plus dans les bois, et là, je suis fini », parce qu'à rester 7 jours sur 7 ici, ça m'aurait tué, parce que pour repartir après, c'est impossible. Donc, c'est comme un défi que je me suis lancé, je me suis dit, pour continuer à être bien, il me faut ma sortie, j'ai en ai besoin. Et ben j'y déroge pas, je peux vous dire. Qu'il pleuve, qu'il vente, j'y vais. Des fois, à peine je suis en bas des escaliers là, j'ai mal aux hanches ou aux genoux. Mais j'y vais quand même, ça me maintient. Sinon, on sera tous les deux dans le lit toute la journée, et là, c'est la fin » (entretien n° 35). Les vulnérabilités qui les touchent avec l'avancée en âge ne doivent pas devenir pour eux des vulnérabilités sociales, car ils souhaitent avant tout être inscrits dans la société. Ces vulnérabilités, ces fragilités, sont cantonnées aux expériences individuelles, et ne doivent ainsi pas s'affirmer et impacter la vie sociale. Ces individus sont ceux qui ont intégré les injonctions contemporaines d'autonomie et de réalisation de soi (Châtel, 2008 : 208) et qui développent en réponse une forte capacité à agir, encore et toujours, et souvent contre vents et marées.

Mr L., 90 ans, ancien ingénieur, en est un autre exemple significatif. Lors de notre arrivée à son domicile pour l'entretien, Mr L. est en train de bricoler dans les escaliers qui mènent aux étages de sa maison, vers lesquels il monte et il descend plusieurs fois par jour sans problème. Il est en équilibre, sur la pointe des pieds, en haut d'une échelle simplement posée contre le mur. C'est pour lui une façon de se prouver qu'il peut encore faire, malgré son grand âge, des travaux que d'autres auraient fait faire par un artisan. Durant l'entretien, il reviendra de nombreuses fois sur ces « micros-

objectifs » qu'ils se donnent et sur sa volonté de continuer à faire par lui-même, volonté décuplée depuis que lui et sa femme ont droit à 4 heures d'aide-ménagère par semaine dans le cadre de l'APA : « *Je suis pas dépendant. C'est pas parce que j'ai l'APA que je fais plus rien, au contraire. Il faut se donner des buts comme ça. Moi, je continue à monter cueillir les cerises quand elles sont mûres. Je veux encore le faire, mais je prends des précautions, c'est-à-dire que j'ai une ceinture, un harnet. Bien sûr, je le fais plus avec la même aisance, je prends des précautions. Mais je tiens à continuer à le faire. C'est pour ça que je peux être que satisfait. Il faut, même à 90 ans, se donner des buts comme ça, c'est important. Sinon vous vous laissez aller.* – Question : *Quels sont les buts que vous vous fixez ?* Mr L. : *Oh ben c'est rien de bien extraordinaire. C'est... je sais pas, par exemple, bon c'est encore avec l'échelle, mais deux fois par an, je fais le tour des chenaux pour les nettoyer, pas que ça bouche. Et ben c'est moi qui le fais. Et personne viendra me dire l'inverse. J'arrime mon échelle au sol et au toit, et ensuite moi, je m'arrime sur mon échelle, de manière que si je dérape je suis accroché. C'est pareil pour le ménage. On a deux heures par semaine pour ma femme, et deux heures pour moi pour faire l'entretien de la maison. Ça nous suffit parce que nous on participe à l'entretien de la maison. Je ne souhaite pas m'en passer. Parce que si vous vous passez de toutes activités, ça vaut rien. Il faut garder une activité quand vous êtes vieux... Sans ça, vous perdez tout contact avec la vie » (entretien n° 23).*

Se donner des buts, même à des âges élevés, reflète la volonté de conserver une part d'agir autonome. Vivre son vieillissement comme un défi perpétuel peut aussi être une stratégie de distinction, afin de se démarquer des personnes âgées qui elles, se laissent aller sur la pente glissante du vieillissement. Cette stratégie de distinction se retrouve majoritairement dans le discours des femmes qui apprennent autant des événements qui les touchent, que de ce que donnent à voir celles et ceux qui « se laissent aller » : « *Je trouve que les vieux sont souvent repliés sur eux-mêmes, pas sympas envers les autres. Déjà à mon âge on parle que des bobos. Et franchement, ça m'insupporte. Moi, au contraire, je veux pouvoir lire et marcher jusqu'à la fin. C'est pas mon projet, mais c'est... c'est ma volonté. Alors je travaille ça tous les jours. Sinon, je vais ressembler à ces mamies qui font que se plaindre. Si elles s'étaient moins plaintes, elles seraient pas aujourd'hui en mauvais état. Moi, non, je préfère me bouger que de parler des bobos, des malheurs, des traitements » (Mme T., 66 ans, entretien n° 29). Mme J., 64, vit en résidence à services partagés. Elle se déplace en fauteuil*

roulant du fait de la sclérose en plaques, mais revendique une joie de vivre et des capacités à faire supérieures aux autres personnes âgées. La stratégie de distinction est alors le moteur de la trajectoire de vieillissement : *« Moi j'aime pas être avec des personnes âgées. – Question : C'est parce qu'elles sont trop vieilles, trop malades, trop handicapées ? Mme J. : Elles sont vieilles, mais surtout, elles restent là à rien faire, à regarder passer les gens. Moi je suis une femme, vous l'avez vu, j'adore rire, depuis toujours. Je plaisante avec tout le monde ! Les pauvres infirmiers, et pas que eux hein, tout le monde, ils disent « quand on commence la journée avec vous, on a le cœur léger, vraiment on passe la journée de bonne humeur ». Mais c'est pas avec les autres qu'ils rigolent. Pourtant, elles ont pas la maladie que j'ai. Et ben non, elles font la gueule, elles font plus rien. Elles sont que bonnes à dire « ah ben moi avant... je faisais ci et ça. Ah avant j'étais bien... ». ça veut dire quoi ? Que moi aussi bientôt je serais comme elles ? Ah ça non ! [...] Moi je continue à peindre. Vous voyez le tableau là, de la peinture sur soie, mon objectif, c'est de le finir, et de le faire encadrer, pour le mettre sur un mur de l'appartement. Je compte en faire trois, pour décorer. J'ai le temps hein, mais ça me donne un but »* (entretien n° 14).

Que ce soit dans une stratégie de distinction ou pour conserver une part d'autonomie malgré l'apparition de fragilités, les personnes âgées dont l'expérience se rapproche de l'injonction moderne au vieillissement réussi, soulignent non pas les contraintes du vieillissement, mais les potentialités restantes. Apprendre des événements, se donner des buts dans un court ou moyen terme est plus aisé pour ces personnes qui, en majorité, possèdent, de par leur éducation et leur carrière professionnelle, des ressources multiples. Toutes et tous n'ont cependant pas autant d'appuis dans leur vieillissement, comme Mme J. (entretien n° 14), ou Mr B. (entretien n° 20). Ce qui caractérise davantage ces individus est l'extrême volonté qui les anime de faire de leur vieillissement un temps de connaissances, d'apprentissages, d'obstacles à surmonter. Cette volonté ne serait cependant pas suffisante sans les capacités d'adaptation sur lesquelles elle s'appuie.

II. *Naturalisation et socialisation* d'une compétence centrale : l'adaptation

Les injonctions contemporaines à l'œuvre dans les politiques de vieillissement, que sont l'autonomie, la réalisation de soi et la responsabilité individuelle demandent une capacité d'adaptation aux événements et aux changements. La notion d'adaptation, centrale dans le Plan National Bien Vieillir et dans les rapports qui ont suivi dans l'établissement d'une politique de prévention de la dépendance, est une compétence que les individus disent avoir développée tout au long de leur parcours de vie. À l'inverse des personnes qui vivent leur vieillissement sur un mode négatif, qui pointaient davantage la fatalité de leur installation dans la *carrière* de la dépendance, les individus que l'on regroupe dans la tendance à vivre une expérience positive de leur vieillissement font de l'adaptation un *leitmotiv* qui les a suivis tout au long de leur vie. Faire montre de volonté, de persévérance, de courage, de force voire d'obstination sont selon eux des traits de caractère *naturels* qu'ils ont *appris* à développer et à renforcer au fil du temps et des événements. Ils sont donc dans la dialectique de l'inné et de l'acquis, de la *naturalisation* et de la *socialisation*. Le fonds de compétences naturelles est un fonds qui se consolide, au pire se maintient, mais qui doit toujours être travaillé et développer : « *C'est comme pour un chanteur, c'est une nature. Quand j'entends alors lui c'est un bon chanteur...* ». Il y est pour rien, la nature lui a donné une belle voix, qu'il apprend à maîtriser, à améliorer avec le temps. Je vois ça comme ça. J'ai été doté de bonnes dispositions, physiques, intellectuelles, de diverses compétences, que j'ai développées. C'est comme ça. Et quand il y a un souci, je me bats et je m'adapte. Parce que finalement dans la vie, il faut s'apprendre à lutter » (Mr L., 90 ans, entretien n° 23).

Cette *naturalisation/socialisation* de compétences telles que celle d'adaptation n'est donc pas congruente avec la production normative de la politique de prévention dans le vieillissement. Là où cette dernière, dans une visée totalisante, c'est-à-dire qui s'adresse à l'ensemble des personnes âgées, construit et distribue une culture de la prévention qui fait de l'adaptation une compétence à développer dans les trajectoires de vieillissement, les individus qui accordent une grande importance aux capacités d'adaptation l'associent à leur parcours de vie, et non à leur seule trajectoire de vieillissement. Il n'est donc pas étonnant que lorsqu'ils parlent de leurs activités et de

leurs engagements, ce qui caractérise le phénomène de *déprise* n'est pas l'abandon des activités, mais l'adaptation. Ces éléments d'analyse confortent l'enquête HID¹⁰⁹, qui montre que ceux qui ont un niveau d'instruction élevé, comme la majorité des personnes que l'on regroupe sous cette tendance, parviennent plus facilement que les autres à compenser leurs difficultés fonctionnelles (Cambois et Robine, 2004).

II.1. L'adaptation aux événements et à leurs conséquences

Pour montrer leur refus d'intégrer moralement la *carrière* du dépendant, et ainsi résister aux effets psychologiquement déstructurants de ce qu'ils vivraient comme un déclassement, les individus rationalisent leur installation dans une trajectoire de vieillissement valorisant l'autonomie en convoquant les événements qui les ont construits et qui structurent désormais leur vieillissement. Pour cela, ils vont très souvent puiser des arguments dans leur parcours de vie pour montrer, à soi et à l'interlocuteur, qu'ils vivent le vieillissement dans une continuité de vie. Ils ont eu à affronter des événements difficiles durant leur vie qu'ils ont surmontés, ils ne trouvent alors aucune raison pour qu'il en soit différemment dans leur vieillesse, car ils continuent à apprendre des événements et à s'adapter à leurs conséquences. Mme C., 88 ans, a perdu successivement son mari, puis un de ses fils, et vient d'apprendre qu'elle est atteinte de maladie d'Alzheimer, mais dit avoir bien réagi : « *Je pense que c'est ma nature, c'est comme ça, j'ai toujours essayé de bien réagir. Alors à 88 ans, que j'ai des oublis, ça me panique pas plus que ça* » (entretien n° 3).

Le vécu subjectif de son vieillissement est toujours exprimé par les personnes comme étant positif du fait d'une continuité de sens et de pratiques. Voici la réponse de Mr D., 84 ans, lorsque nous lui demandons de qualifier son expérience du vieillissement : « *Ben moi, j'ai décidé de le vivre comme j'ai vécu le reste. Je vous ai dit que j'aimais faire des découvertes, d'autres cultures, j'avais ça en moi. Et ben le vieillissement, c'est pareil, c'est de la découverte. On se rend compte qu'on marche un peu moins vite en randonnée, enfin, pas ma femme, surtout moi. Je me rends compte que j'ai moins d'envie, mais il paraît que c'est normal. Voilà. Parce qu'il faut vous dire que j'ai découvert des cultures, des pays, des gens, mais toutes ces découvertes n'étaient*

¹⁰⁹ L'enquête « Handicaps, Incapacités, Dépendance » est une enquête menée par l'INSEE auprès de personnes en situation d'incapacité en France. Ces résultats sont notamment publiés dans la série *Études et résultats* de la DREES, la Direction Recherche, Études, Évaluation et Statistiques du ministère de la Santé. Voir www.insee.fr et www.drees.sante.gouv.fr

pas extraordinaires. J'ai vu des choses moins sympas, ça je peux vous le dire. Le vieillissement, c'est pareil, tout n'est pas drôle, mais ça permet de découvrir et de passer par-dessus. Les obstacles m'ont toujours motivés, alors je garde ça maintenant » (entretien n° 10). Le plus grand obstacle qu'il a eu à affronter dernièrement est selon lui le déménagement de leur villa à Paris où ils ont toujours vécu pour s'installer à Grenoble, à la demande des enfants, qui veulent être proches géographiquement de leurs parents pour les accompagner dans leur vieillesse. Cette mobilité résidentielle contrainte (Laferrère, 2006) a entraîné un éloignement géographique et affectif avec leur groupes d'amis, et une perte substantielle dans les activités et les engagements qui donnaient un sens à leur vieillesse : *« On avait énormément d'amis, vraiment on avait un réseau formidable. On avait énormément d'activités, multiples si vous voulez. On faisait partie d'un groupe de randonneurs à Fontainebleau. Ça, c'était un point très très important. On avait de très très bons amis, un groupe assez homogène. Escalade, randonnées, ski en hiver. Et puis tout le côté culturel aussi, le cinéma, le théâtre. On pratiquait beaucoup ça. Et puis aussi on fait énormément de musique. Ma femme joue du violoncelle, et moi du violon. On a joué dans beaucoup d'orchestres. Ça, c'est une partie des activités. Bon ben en déménageant, on a quand même perdu toutes ces relations et toutes ces activités »* (entretien n° 10). Couplée à l'apparition de troubles de la mémoire, cette mobilité résidentielle contrainte pourrait faire penser que la trajectoire de vieillissement est depuis fortement dégradée. Mr D. insiste cependant non pas sur les pertes, relationnelles ou autres, mais sur sa faculté à renouveler ses relations et ses engagements, malgré son âge : *« Depuis qu'on est arrivé ici, il y a deux ans, on s'est fait à notre nouveau lieu de vie. On voulait pas couper nos engagements associatifs, alors tout de suite, on s'est inscrit dans une association de randonneurs, ici pour ça, c'est vraiment le pied, comme pour le ski. Pour le côté culturel, ma femme nous a inscrits à des cours de jazz, et des cours sur la civilisation arabo-musulmane. Ça je vous dis, c'est ma marotte, c'est dans ma nature de m'ouvrir à d'autres cultures. Et je voulais pas perdre ça en changeant de ville. Alors, tout ça, les associations, les activités, c'était pour nous le moyen de faire du lien avec les gens d'ici. Et petit à petit, ça s'ouvre. On apprend même à 84 ans à se faire de nouvelles relations, de nouveaux amis. Là, nos voisins sont des gens charmants, ce sont devenu nos amis. Donc on avait vraiment peur de ce déménagement, et puis finalement, on fait ce qu'on a toujours fait, c'est-à-dire qu'on s'est pas laissé abattre. On s'y est même très bien fait »* (entretien n° 10). Il dira alors être très satisfait de sa trajectoire de vieillissement, car comme il l'a

toujours fait et de la même manière qu'un ingénieur possède ça en lui, il s'adapte au vieillissement comme il l'a toujours fait face aux obstacles dans sa vie professionnelle ou privée.

Ces individus ont bien saisi l'injonction à l'autonomie à l'œuvre dans les politiques de vieillissement, qui existe également dans les politiques de l'emploi, comme l'a montré Castel (1995). C'est aux individus eux-mêmes d'assumer les conséquences du vieillissement. Ils y parviennent d'autant mieux que leur habitus, défini par Bourdieu (1980) comme « *un ensemble de structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes* », leur permet de mobiliser un répertoire d'actions et de discours centré autour des notions d'autonomie individuelle et de capacités d'adaptation. Mr B., 83 ans, dont on a déjà donné une grande partie des événements négatifs qui ont ponctué son parcours de vie, use de stratégies d'adaptation à chaque obstacle qui se présente. Malvoyant et malentendant, il se placera durant l'entretien de trois-quarts face à nous pour nous voir, et lorsque des questions lui sont posées, il mettra sa main droite en cornet autour de son oreille droit : « *Je vois pas les gens à trois ou quatre mètres. – Question : Comment vous faites alors pour discuter avec les gens, pour vous déplacer, tout ça ? Mr B. : Oh ben c'est simple, il suffit de comprendre le truc et on s'y fait. Si je vous regarde en face, comme là, je vois rien. Faut que je regarde comme, en me mettant de trois-quarts face à vous. C'est parce que je vois sur les côtés, mais pas au milieu. C'est comme quand vous me parlez, vous devez vous dire « celui-là, il est bizarre, il met sa main autour de l'oreille ».* Et ben c'est grâce à ça que je peux vous comprendre. Sinon, j'entends pas bien. [...] Et puis j'ai aussi aménagé la maison en conséquence, pour me faciliter la vie avec mes handicaps. Quand la personne de l'APA est venue me voir, elle m'a dit « vous devriez mettre des poignées dans la salle de bains pour vous cramponner ». J'ai bien compris que c'était soit ça, soit elle m'envoyait quelqu'un pour me faire la toilette. Et comme je veux pas, parce que je peux le faire moi-même, elle avait raison, alors j'ai mis des rampes dans toute la maison, comme ça les gens du conseil général ils voient que je m'en sors très bien tout seul. – Question : Vous voulez mettre en avant le fait que vous êtes autonome ? Mr B. : Oui oui, et puis c'est ce qu'ils veulent hein. Sinon, elle m'aurait pas dit de mettre ça, elle m'aurait prescrit des dames pour me faire la toilette. Mais j'ai pas besoin d'eux pour savoir ce que je dois faire. Et oui ! » (entretien n° 20).

Le poids de l'habitus dans la propension à s'adapter aux changements dans le vieillissement s'exprime le mieux chez Mr V., 75 ans. Le terme d'adaptation revient 14 fois dans le discours de cet homme qui l'emploie pour caractériser les différentes étapes de son parcours de vie. Ainsi, *naturellement* porté par une fibre artistique dans sa jeunesse, la transition entre la fin de son cursus d'études artistiques et le service militaire a demandé des capacités d'adaptation elles aussi pensées comme étant *naturelles*, car selon lui « *l'homme, intrinsèquement, s'adapte à tout* ». Ces compétences « intrinsèques » ont été mobilisées très tôt dans sa vie, face à des événements particuliers : « *J'ai fait 4 ans de Beaux-Arts et à la sortie, direction le service militaire, l'Algérie, pendant deux ans. – Question : Passer du monde artistique au monde militaire, vous l'avez vécu comment ? Mr V. : Vous savez, on essaie de s'adapter. Ça donne la possibilité de penser à autre chose. Par exemple, bien que ce soit en Algérie pendant la guerre, si on est sensible à un paysage, ça évade. J'avais ça en moi, cette sensibilité aux paysages, à la beauté de ce qu'on a autour de nous, alors j'ai beaucoup travaillé mon œil et ma sensibilité à l'art pendant l'Algérie, et puis ça me permettait de m'évader des choses moins drôles du quotidien. [...] – Question : De ce parcours depuis le Rondeau et les religieuses, jusqu'à la guerre d'Algérie en passant par les Beaux-Arts, qu'est-ce que vous retenir ? Mr V. : Qu'on s'adapte à tout. Tenez, en pension au Rondeau, les pensionnaires c'étaient les rois et les externes étaient pas considérés de la même façon. On se rend compte qu'il y a une espèce de ségrégation qui est pas fondée, mais sur le moment on s'y adapte* » (entretien n° 33).

À la fois qualité naturelle, intrinsèque à l'Homme, l'adaptation aux changements doit tout autant être travaillée, entretenue pour qu'elle continue à être effective tout au long de la vie. Le passage à la retraite, un cancer de la prostate à 70 ans, et plus largement les changements auxquels invite le vieillissement ? Voici ses réponses, toutes construites sur le même mode : « *Le passage à la retraite, j'ai pas déprimé, rien. Je me suis fait aux changements qu'on évoquait tout à l'heure, la baisse des relations, le temps libre. On s'adapte à cette condition nouvelle. [...] – Question : Comment vous avez vécu cette épreuve du cancer ? Mr V. : C'est pas une épreuve, c'est une période particulière, mais c'est pas que un mauvais moment à passer parce que... On s'adapte, on apprend à vivre en fonction de ce qui est possible de faire, ou plus possible, ou possible différemment. C'est un apprentissage de chaque jour. Il a fallu que moi, comme mon épouse d'ailleurs, on apprenne à vivre avec les difficultés que ça*

comportait. [...]Le vieillissement, vous savez, ça s'impose à nous, ça s'impose à tout homme et tout homme s'adapte aux changements. Moi je m'adapte aux changements induits par le vieillissement. Je vous dis, j'ai vite compris qu'il fallait que je travaille par étapes, en faisant des pauses, en changeant d'activités au cours de la journée et en me reposant plus souvent. C'est des petites choses comme ça » (entretien n° 33).

La légitimation, dans les discours, du travail effectué autour de compétences naturelles, permet de mettre en avant les capacités d'action et de décision des individus, malgré les difficultés. Cet investissement dans des capacités propres est mis en avant pour souligner le fait qu'il est rentabilisé dans le vieillissement. La capacité à mettre en pratique la norme institutionnelle d'autonomie se traduit par la mobilisation des capacités d'adaptation dans le phénomène, qu'ils ne nient pas, de *déprise*.

II.2. Une *déprise* dans l'adaptation

Il apparaît clairement à l'analyse que les individus appréhendent leur propre *déprise* sur le mode de l'adaptation, qui est une des multiples modalités de *déprise* révélées par diverses études (Caradec, 2004 : 116) : « *L'adaptation consiste à poursuivre l'activité antérieure [et nous rajoutons que cela vaut aussi pour les relations entretenues], mais en s'adaptant aux contraintes nouvelles* » (Caradec, 2007 : 18). Cela peut passer par le recours à des aides techniques, comme Mme M., 88 ans, qui lit désormais avec un appareil spécial pour les personnes malvoyantes, ou Mme J., 64 ans, qui continue à peindre, grâce à un dispositif aménagé par son gendre pour qu'elle puisse peindre depuis son fauteuil roulant ; ou encore Mr B., 83 ans, qui a aménagé son domicile avec des aides techniques qui lui permettent de continuer à faire seul la plupart des activités de la vie quotidienne.

Certaines activités peuvent aussi être poursuivies grâce à des astuces toutes personnelles. Mr L., 90 ans, qui a lui-même dessiné tous les plans de sa maison et qui a lui-même réalisé une grande partie des travaux, ne pense pas à ne pas « bricoler » certaines choses quand cela est nécessaire : « *Moi je me suis adapté parce que vous savez quand on est bricoleur et puis qu'on a... Oh même pas nécessairement bricoleur, on peut être peintre, on peut être écrivain... Quand on a quelque chose, un dada qui vous passionne, ça se passe très bien. Vous trouvez toujours des moyens pour poursuivre votre passion. Moi pour continuer à bricoler, bien sûr des choses moins importantes qu'avant, mais... et bien je me suis fait un siège réglable pour faire le*

maximum assis tout en étant à la hauteur de l'établi » (entretien n° 23). De tels exemples se trouvent aussi chez Mr A., 85 ans, qui en tant qu'ancien charpentier-menuisier, est en permanence en train de travailler des pièces de bois, pour construire des objets pour ses arrières petits-enfants ou pour son confort personnel, comme cette petite marche en bois transportable qui lui permet d'atteindre les placards les plus élevés dans la cuisine. Tous deux s'accordent également à dire que vieillir demande une adaptation dans les rythmes de vie qui doivent être aménagés : « A un certain âge, on est contraint à la fatigue et au repos. Dans la journée, je suis obligée de faire une sieste, si je fais pas de sieste, je peux pas faire ce que je dois faire » (entretien n° 23).

Plus largement, les personnes qui, dans le face-à-face de l'entretien, s'efforcent au maximum de donner une image de soi positive, sont celles qui conservent le plus d'engagements dans des activités, même à des âges élevés. Certains ont notamment la possibilité de poursuivre, sous le statut de retraité, leur engagement professionnel, et d'adapter ainsi leurs activités à la retraite à ce qui fait le plus sens pour eux. C'est par exemple le cas de Mr B., 84 ans, ancien professeur des universités, qui s'investit avec sa femme, ancienne enseignante d'histoire-géographie en lycée, dans un centre social pour l'apprentissage du français pour les étrangers et dans une association pour les étudiants étrangers. Il travaille avec une étudiante vietnamienne qui effectue en France un travail de thèse en biologie. Avec sa femme, il fréquente également l'université inter-âges, pour apprendre des langues ou connaître l'histoire d'autres civilisations. Ces engagements dans des activités très proches de leurs engagements professionnels permettent tout à la fois d'« être utile à la société », mais c'est aussi le moyen de faire travailler ses capacités intellectuelles. Face à des troubles de la mémoire naissants, Mr B. a délaissé d'autres activités importantes dans sa retraite, comme la randonnée, pour se concentrer sur celles qui lui permettent de « faire face » à la maladie d'Alzheimer :

« - Question : Comment vous qualifiez vous expérience du vieillissement ? Mr B. : ça se passe pas mal du tout. J'ai 84 ans, ça se passe pas mal. Je suis satisfait de ma vieillesse. Quand je vois autour de moi tant de misère, je me dis que j'ai beaucoup de chances. C'est le raisonnement que j'ai, je relativise avec ce que je vois autour de moi. Moi, de mon côté, j'essaie d'aider comme je peux, avec ces jeunes étrangers, c'est important pour eux qu'ils apprennent le français. Et puis je reste curieux, c'est important pour ça les activités que l'on a avec l'université, ça me permet de faire

marcher ce qu'il me reste de mes capacités. Il faut le faire marcher, l'entretenir et le faire marcher » (entretien n° 8).

Mme T., 66 ans, ancienne institutrice, a perdu un nouveau-né lorsqu'elle avait 30 ans. Cet événement a longtemps impacté négativement sa vie et sa relation aux autres. Une thérapie l'a alors aidée à redéfinir le sens de sa vie, et elle a décidé à la retraite de devenir elle-même thérapeute. Très active et engagée dans de nombreuses associations en lien avec son ancien métier et sa nouvelle occupation, elle a décidé de faire le lien entre tous ces engagements par le biais de l'écriture d'un livre : *« Je suis dans une association autour de la Programmation Neuro-Linguistique, dans le cadre de mon activité de thérapeute, je suis en même temps engagée dans un projet avec des anciens enseignants de la Villeneuve, mes anciens collègues, on est en train d'élaborer un projet, qu'on a appelé le Pacte pour une société éducative décentralisée. Que ce soit dans la PNL ou dans le Pacte, je me sers de mes expériences de la vie pour proposer quelque chose de radicalement différent. Je veux dire dans ce livre que quand on a appris à se connaître, à faire des événements un moteur de changement, quand on comprend que ce sont les accidents de la vie qui vous permettent d'évoluer, et ben c'est à partir de là qu'on peut avoir des rapports sains avec les enfants, et aussi et surtout avec les adultes, que ce soit les collègues de travail avec qui j'étais en conflit avant, ou les parents. On peut peut-être évoluer sans accident aussi, mais en tout cas, quand on prend les accidents, quand je dis accident c'est au sens large, une maladie, une fracture qui vous immobilise définitivement, un divorce, une perte tout ça, qui nous permettent de nous transformer en mieux, d'améliorer tout ce qu'on est. Au départ, ça nous ébranle, ça nous chahute. Oui ça nous fragilise, mais on peut ensuite mettre autre chose dedans, on se révèle solide » (entretien n° 29).*

Ces formes de résistances aux effets néfastes du vieillissement, par l'apprentissage et l'adaptation face aux changements sont perçues par les individus comme des bénéfices tirés dans la vieillesse de l'accumulation dans leur parcours de vie de richesses personnelles, de capacités, de compétences diverses, issues de leur carrière professionnelle comme d'engagements extérieurs. Ils ne passent pas sous silence dans leurs discours les moments graves, tristes, négatifs qui ont engagé une réorientation de leur vie, et du sens de leur vie, car c'est grâce à ces événements particuliers qu'ils ont mis en pratique des stratégies et des compétences personnelles qui leur permettent d'avoir une vision positive de leur trajectoire de vieillissement. Ces événements

représentent des moments forts dans le processus de mise en œuvre de logiques et de stratégies d'adaptation. Ces logiques connaissent des nuances évidentes selon les individus, en fonction des histoires de vie, des ancrages sociaux et des ressources des personnes vieillissantes. Il en va de même pour ce qui concerne leur rapport à la prévention dans leur vieillissement. Ils ne parlent de leurs comportements et de leurs modes de vie à la vieillesse qu'au regard de leur histoire de vie, de toutes les différentes périodes d'éducation et de socialisation qui les ont construits. La vieillesse n'est alors qu'une étape de plus dans leur processus de socialisation, ce qui renvoie bien à l'idée que même la vieillesse peut être un temps d'apprentissages, de découvertes, de connaissances nouvelles. À l'inverse des individus du chapitre précédent qui pensent leur vieillissement dégradé en rapport avec la dynamique des événements négatifs qui nourrissent une expérience péjorative de leur vieillissement, les individus dont il est question mettent plutôt en avant la dynamique positive de leur parcours de vie et le poids de l'éducation dans l'actualité de leurs comportements dans le vieillissement.

III. Prévention et vieillissement, une association impensée

Nous venons de voir que l'adaptation aux changements, aux contraintes, centrale dans la politique de prévention dans le vieillissement, est pensée par les individus dans sa relation aux parcours de vie de chacun. Il en va de même pour les comportements et le mode de vie qu'ils entretiennent dans leur vieillesse : ils ne sont pas le résultat d'une application active des attentes de la culture de la prévention en termes de modifications des comportements et des modes de vie pour tendre vers un bien vieillir. Aucune mention n'est faite aux injonctions contenues dans la politique de prévention. S'ils reçoivent des documents relatifs au bien vieillir, ils n'y prêtent pas une attention particulière, tant ils disent vivre une expérience positive de leur vieillissement qui ne demande pas à être orientée par des messages extérieurs. Dans les discours, les comportements sont décrits comme étant une actualisation dans le vieillissement du produit d'une éducation et d'un parcours de vie.

Toutefois, les personnes mettent en avant le fait que les parcours de vie ne sont pas tributaires des seuls capitaux sociaux et financiers. Leurs comportements et leur mode de vie, qui valorisent la responsabilité individuelle, l'autonomie et une hygiène de vie saine mettent en lumière l'importance de l'*ethos*. Utilisé en sociologie classique,

notamment chez Weber (1964) et Elias (1985) pour « *comprendre et qualifier la rationalité socialement et éthiquement encadrée des conduites sociales* » (Fusulier, 2011), le concept d'*ethos* demande de prendre en considération les milieux sociaux des individus comme des lieux de socialisation, qui « *par l'expérience et l'apprentissage, favorisent l'intériorisation de normes, de valeurs, de principes éthiques, qui permettent d'adopter un rapport particulier au monde, notamment en attribuant une valence à celui-ci sur le registre du bien, du juste, du normal* » (Marquis et Fusulier, 2008). L'*ethos* permet alors de saisir le lien entre les périodes de socialisation de l'individu et la récurrence des comportements. En effet, les individus qui vivent leur vieillissement comme une période nouvelle d'apprentissages et de mise en œuvre de compétences durablement inscrites en eux mettent en avant dans leur discours l'importance de leur période d'éducation et de socialisation, remontant jusqu'à leur vie d'écolier pour expliquer leurs comportements d'aujourd'hui. À l'inverse de celles et ceux qui vivent leur vieillissement sur un mode négatif et qui ne pensent pas cette étape de la vie comme une nouvelle période de socialisation, les individus que l'on regroupe dans la tendance au bien vieillir, placent leurs comportements et leur mode de vie dans un *continuum* de périodes socialisatrices.

Lalivé d'Epinay (1991, 1996) a souligné que les personnes qui mettent le plus en avant leur *ethos* de classe dans leur vieillesse sont ceux qu'il rassemble sous les idéaux-types des classes dirigeantes et des petits possédants. Lorsque vieillir permet d'établir une continuité de vie et une continuité de sens en termes de pratiques sociales, relationnelles ou encore d'engagements, les individus produisent un discours que l'analyse sociologique entend comme l'importance accordée à l'*ethos*, c'est-à-dire l'« *ensemble des croyances, valeurs, normes et modèles qui orientent le comportement. C'est le noyau dur d'une culture, que celle-ci caractérise une société, un groupe ou une institution [...]. Dès lors l'ethos apparaît comme le coordinateur du système d'action de l'individu, le principe organisateur de sa vie quotidienne et régulateur de l'événement* » (Lalivé d'Epinay, 1996 : 45). Les comportements sont alors exprimés comme étant le produit de l'éducation et sont actualisés dans la vieillesse. La notion d'*ethos* est utilisée dans ce chapitre car de nombreux extraits d'entretien viennent l'illustrer. Cela n'est pas le cas dans le discours des individus que l'on regroupe dans les autres tendances, où l'*ethos* n'est que très peu convoqué par les personnes interrogées (chapitres 6 et 8). C'est pour cette raison que l'*ethos* n'est discuté que dans ce chapitre.

III.1. Des comportements produits de l'éducation

La plupart des individus interrogés – 9 sur 11 – parlent de leur éducation pour justifier de leur bonne tenue dans le vieillissement. L'évocation de leur souvenir de pension, d'internat par exemple ravive la genèse de ce qu'ils ont de plus profond ancré en eux et qui définit leur personnalité et leur caractère¹¹⁰. Mr L, 90 ans, dont le père était maître d'hôtel dans les « *grandes maisons à Paris* », et sa mère couturière pour ces mêmes grandes maisons, a de par son milieu social reçu une éducation privée qui lui a été extrêmement bénéfique pour avancer dans la vie, « *s'apprendre à lutter* » : « *Mon père c'était quelqu'un, il a fait les plus grandes maisons de Paris, il était bien de partout. Et ma mère qui était très très bonne couturière, elle leur faisait les robes de gniangniangnian [nous pouvons imaginer qu'il veut dire par là, « les grands couturiers »]. Alors ils connaissaient du beau monde, et ils ont réussi à me faire entrer dans une pension à l'âge de 12 ans. Pour avoir une éducation sérieuse, parce qu'eux ils étaient toujours au travail, à l'époque on vivait dans les hôtels où mon père travaillait, et quand il était appelé dans un autre hôtel, avec mes frères on devait suivre. Alors ça fait pas une éducation très... sérieuse. Mais la pension, vous savez, de sortir de son ambiance personnelle, et avoir des responsabilités personnelles, c'est bien, moi à 18 ans, j'étais mûr. Je suis sorti de mon école professionnelle à 18 ans, mon père m'a dit, vu qu'il connaissait du beau monde, « vas à cette pension de famille là, à Paris, tu y vas de ma part ». Effectivement, être en pension de famille comme ça avec les copains, on se gérât tout seul et intelligemment, c'est formidable tout ça, d'apprendre à être responsable de nos actes, de notre avenir. C'est formateur, j'ai gardé ça toute ma vie » (entretien n° 23).*

Toutes les périodes d'éducation n'ont cependant pas été vécues de manière positive, notamment pour celles et ceux qui n'étaient pas en phase avec un cadre d'éducation basé sur des préceptes religieux. Ce qui a été inculqué est alors renversé dès que l'occasion se présente. Mr V., 75 ans, a effectué une partie de ses études dans un établissement religieux. Ressenti comme rigide et parfois injuste, ce mode d'éducation a eu un impact sur le rapport de Mr V. à l'autorité, aux cadres, à la contrainte : « *J'ai fait mes études en grande partie au Rondeau, qui était à l'époque encore tenu par des*

¹¹⁰ L'étymologie du terme *ethos* souligne ce lien entre la coutume et son impact sur le caractère de l'individu. Le terme vient du grec ancien ἦθος, et désigne « la coutume, l'usage », « manière d'être ou habitudes d'une personne, son caractère », « disposition de l'âme, de l'esprit », et par extension, « les mœurs » (Bailly, 1950 : 894, cité dans Fusulier, 2011).

religieux, des prêtres. Après, j'ai quitté le Rondeau après ma seconde, j'en avais vraiment marre, c'était une ambiance austère, rigide, qui me plaisait pas beaucoup. [...] Il y avait la communauté des pensionnaires et la communauté des externes. Avec les profs, en tant qu'externe, on avait l'impression d'être une classe en dessous. Venant de religieux, c'est difficile à accepter. C'était pas du tout dans l'esprit de l'Évangile. C'était leur job l'Évangile en fait, et là, ils le pratiquaient pas. C'était très strict, mais les expériences les plus agréables comme les moins agréables, ça sert. Moi, ça a développé chez moi un besoin de liberté, d'affranchissement de contraintes que j'ai retrouvé aux Beaux-Arts, et puis plus tard dans mon travail. J'avais pas d'horaires fixes, pas de chef. Depuis le Rondeau, j'ai personnellement toujours eu des difficultés avec les horaires réguliers, à les respecter, et c'est ça qui était bien à la maison du tourisme, j'organisais mon travail et mes rythmes comme je le voulais » (entretien n° 33). La retraite est alors vécue comme la période qui offre une totale liberté d'organiser son quotidien, et même les événements importants vécus comme un cancer ne remettent pas en cause cette vision idyllique d'un moment de la vie déchargé des multiples contraintes financières, matérielles, temporelles qui encadrent la vie active.

Ce que les individus incorporent et qui se sédimente en eux résulte d'un processus de socialisation qui les a transformés dans leur caractère, leur personnalité, en définitive qui les a transformés en des êtres sociaux portés par un fort sentiment de responsabilités envers soi et les autres. Chez les plus âgées des personnes interrogées qui ont traversé un même événement historique, les différences que peuvent introduire les milieux sociaux dans le processus d'éducation et de socialisation sont sinon effacées, du moins réduites. Ainsi Mme M., 88 ans, ou encore Mr L., 90 ans, provenant d'une classe sociale aisée, et Mr A., 85 ans, fils d'immigrés espagnols venus travailler en tant qu'ouvriers dans les usines d'aciers d'une vallée alpine, parlent de la seconde guerre mondiale comme d'une période de socialisation particulière qui a développé en eux des attributs spécifiques, notamment le sens de la responsabilité : *« On a fait la fin de la guerre dans des conditions déplorables. À Paris, y'avait plus rien à manger. On en a bavé, mais on essayait de s'en sortir. C'était la guerre qui nous obligeait à prendre ces dispositions. Alors qu'à l'heure actuelle, l'abondance fait que les jeunes ont pas le même... les mêmes soucis, le même rapport à la responsabilité. Ça leur donne pas les mêmes qualités foncières que nous avons eu »* (Mr L., 90 ans, entretien n° 23) ; *« Petite, à l'école, j'avais des capacités, vraiment. J'avais fait des études aussi*

sérieuses que j'avais pu, étant donné la guerre. Parce que la guerre c'est à la fois quelque chose qui handicape énormément, parce que je pouvais pas avoir un parcours scolaire normal vu ce qu'il se passait, mais ça nous a beaucoup appris sur nous-mêmes et sur les autres. J'avais 17 ans quand il y a eu la déclaration de guerre. Alors j'ai abandonné les études pour m'occuper de mes frères et sœurs avec ma mère, parce que mon père été mobilisé. Ma mère devait me penser mûre, alors elle m'a donné beaucoup de responsabilités, des responsabilités qu'on donne pas à une adolescente de 17 ans en temps normal » (Mme M., 88 ans, entretien n° 16). Mr A. fait de cette période particulière de l'Histoire un pan important de son processus de socialisation : « Je vais vous dire, la guerre, on a beau dire, mais ça nous a marqué plus qu'on le pensait à l'époque. Moi j'étais jeune, j'avais pas l'âge d'être mobilisé, mais j'ai quand même un petit peu servi, parce qu'on me donnait des choses à faire pendant cette période. Je m'étais bricolé un vélo avec ce que je trouvais, et ma mère elle me donnait des consignes à porter dans une grange où se cachaient des maquisards. Je portais le pli, j'ai fait ça quoi, 3 ou 4 fois, mais la grange elle était pas à côté j'avais peut être deux heures entre le vélo et après fallait monter à pied, et la grange se trouvait l'autre côté d'une cime. Je me rendais pas compte, mais c'était dangereux et puis c'était des responsabilités. [...] Pendant la guerre aussi je m'occupais déjà de mes petits frères et de ma petite sœur. Une fois j'étais au village d'à côté avec les copains, ça devait être le début du printemps par là, on était allongé dans un champ, on avait nos vélos. Et ben, quand on a vu passer deux avions boches au-dessus de l'église, et ben j'ai vite sauté sur mon vélo pour rentrer à la maison et mettre mes frères à l'abri au cas où. Ils étaient petits à cette époque-là, et moi j'étais pas un adulte au sens que j'en avais pas l'âge, mais j'étais certainement adulte par ce qu'on me donnait à faire » (Mr A., 85 ans, entretien n° 35).

Ainsi, que ce soit au sein de la famille, à l'école ou du fait d'un événement historique particulier et commun à leur génération, les personnes âgées qui valorisent dans leur vieillissement les notions d'autonomie, de responsabilités, d'hygiène de vie saine nous ont à un moment ou à un autre de l'entretien parlé des temps passés, de leur apprentissage de « la vie d'adulte », qui les ont construits et dont ils trouvent des bénéfices dans leur trajectoire de vieillissement.

III.2. « Dans le vieillissement, on ne peut rien prévoir »

Dans leur volonté de donner une image d'eux-mêmes positive, les individus distinguent dans leur discours leurs comportements à la retraite, leur mode de vie et hygiène de vie des injonctions préventives. Dit autrement, ils valorisent leur hygiène de vie saine et la mesure dans toute consommation – alimentation, alcool, tabac, médicaments sont les éléments les plus discutés – par leur éducation et les expériences vécues au sein des groupes primaires de socialisation : famille et des groupes secondaires : école, armée, atelier, etc. Ce n'est donc ni la politique de prévention, ni les acteurs de sa diffusion que sont les promoteurs de l'action sociale qui façonnent et impactent les comportements de ces personnes âgées dans leur vieillissement : manger sainement, limiter sa consommation d'alcool, de tabac, de médicaments, marcher régulièrement, faire de l'exercice physique, tous ces comportements favorables au bien vieillir sont évoqués au prisme de l'habitude, de l'éducation, d'un *ethos* de classe (Lalive d'Épinay, 1991) et parfois du plaisir, et ne sont pas pensés en termes de prévention : même en étant responsable de ses actes, même en mettant en place des habitudes de vie qui prônent une alimentation saine et de l'exercice physique, cela ne garantit en rien un vieillissement positif. Mr D., 84 ans, et sa femme ont toujours apporté une attention particulière à leur hygiène de vie. Mais les problèmes de santé rencontrés par Mr D., dont un problème cardiaque et un cancer de la peau, éloignent leurs comportements et leur mode de vie d'une visée préventive : « - *Question : Est-ce que vous vous sentez vieux Mr D. ? Mr D. : Je sais que je suis vieux, j'ai 84 ans, mais disons que j'ai mis en place ce qu'il faut pour que je le sente moins. – Question : Qu'est-ce que vous avez mis en place pour moins sentir la vieillesse ? Mr D. : Ben avec ma femme, depuis toujours, on essaie d'avoir une vie équilibrée au maximum. Entre le travail, le repos, la détente, les périodes de stress, on a toujours essayé de trouver le bon équilibre. Avec ma femme, on a toujours fait attention, on a toujours eu une bonne hygiène de vie. L'alcool, bon je vous cache pas qu'avec nos amis, on boit un apéro, un bon vin à table, un bon digestif. Mais le secret c'est de pas abuser. Abuser de rien. Ma femme, elle est dans la médecine, elle sait comment cuisiner. C'est une belle hygiène de vie* ». Quelques instants plus tard, Mr D. aborde ses problèmes de santé qui se succèdent depuis 5 ans : cancer de la peau puis problème cardiaque du fait d'artères bouchées. Cette hygiène de vie et tout ce qui est mis en place dans le vieillissement ne peuvent être pensés selon lui dans une logique préventive, car il est impossible de prévoir les

aléas du vieillissement : « - *Question : Donc, malgré une bonne hygiène de vie... (il coupe). Mr D. : Ah, mais on peut pas tout contrôler, nous on fait le maximum, mais ça garanti rien. On peut rien prévoir* » (entretien n° 10).

Les personnes qui ont été confrontées ou qui sont confrontées à des altérations physiques dans leur vieillissement sont les plus à même de dissocier leurs comportements d'une visée préventive. Ils disent être conscients que les maux peuvent subvenir à tout moment, malgré une grande attention portée aux divers aspects de leur consommation. Pour Mr V., 75 ans, l'impact d'une éducation aux bienfaits d'une bonne alimentation par exemple, et plus largement d'une responsabilité envers ses actes, est bénéfique dans le vieillissement non pas par ce qu'elle permet d'éviter dans le vieillissement – les maladies, les déficiences –, mais par la continuité de pratiques et de sens qu'elle rend possible à la vieillesse. Être responsable de ses actes ne signifie alors pas être tenu à distance des problèmes, mais être dans un perpétuel processus de socialisation, désormais orienté vers un temps particulier de la vie qu'est la vieillesse : « *Notre éducation, ça a un impact sur toute notre vie. À la vieillesse, ça a toujours un impact, mais on s'éduque soi-même aux changements qui ça induit. Je vous dis, on vit sans excès, sans excès de tout, alcool, sport, tout. Même dans les dépenses on fait pas d'excès. Mais mon éducation ça m'a surtout permis de faire du cancer un moment d'adaptation comme je vous disais. – Question : Ne pas faire d'excès ça n'a pas empêché d'avoir à affronter des maladies ? Mr V. : Ah non, mais c'est pas le but, parce qu'on a pas la main sur ça. C'est certain que être alcoolique, ça aide pas hein. Mais faire attention à ce qu'on fait, à ce qu'on mange, à ce qu'on boit, ça n'empêche pas les maladies de se développer. Ce qu'il faut, c'est savoir faire avec, et vivre avec* » (entretien n° 33).

Mr A., 85 ans, explique de la même façon le fait qu'être responsable de ses comportements, de son mode de vie, ne peut être relié au bien vieillir, qui ne peut être ni un idéal, ni un objectif. Ancien artisan, il sait ce que le sens commun dit de leur mode de vie : « *Je sais bien qu'on voit l'artisan comme celui qui boit sans arrêt des apéros, chez les clients, avec les fournisseurs tout ça. Moi je peux vous dire que j'ai toujours refusé ça. Sinon, c'est pas sérieux, autant aller au bar toute la journée, faut savoir ce qu'on veut. Moi, je vais vous dire, et vous pouvez demander à ma femme, en 85 ans, j'ai pris une seule cuite dans ma vie, et je l'ai sentie passer. Une seule. J'avais quel âge... c'était pour la Saint-Joseph, c'est la fête des charpentiers, et puis de tous les artisans*

on peut dire. J'ai pas vu venir le coup, et moi qui avait pas l'habitude de boire autant et ben j'ai mal fini. C'est mon fils qui m'a ramené, je tenais plus debout. La seule fois ! Faut dire que ça donne pas envie de recommencer. – Question : C'est par souci de faire attention à votre santé ? Mr D. : Non, déjà c'est parce que j'ai pas été élevé à boire des canons et à faire n'importe quoi. Vous savez, mes parents, ça avait beau être des ouvriers, et on vivait pas dans des conditions très... enfin... et ben, même les pieds dans la boue, il fallait bien se tenir si vous voulez pas vous prendre un taquet derrière les oreilles. Et puis vous imaginez un artisan qui boit apéro sur apéro, c'est sérieux vous pensez ? Non non, mais... il faut se tenir, c'est tout. Après, il arrive ce qu'il arrive. Regardez ma femme, toujours bien fait à manger, des produits frais, les légumes du jardin tout ça, jamais bu, même un apéro, elle boit pas d'alcool, jamais de vin à table rien. Et puis, c'est pas pour autant qu'elle a la santé » (entretien n° 35).

L'alimentation n'est pas le seul domaine dans lequel les individus disent toujours avoir été responsables de leurs choix et de leurs pratiques. Les individus qui valorisent la notion de responsabilité prennent des décisions par eux-mêmes, même lorsqu'il s'agit du suivi des prescriptions médicales. En ce sens, ils exercent leur expertise profane, en disant être aptes à dire pour eux-mêmes ce qui est le plus adapté. Cette posture d'expert singulier, au cœur des dispositifs de la loi 2002.2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale et du Plan National Bien Vieillir (Gucher *et al.*, 2011 : 7), se retrouve dans le discours déjà cité de Mr B., 83 ans (entretien n° 20), et de Mr L., 90 ans, en ce qui concerne la prise de médicaments et le suivi des prescriptions ayant trait aux différents traitements. Au-delà de la seule alimentation – « *Il faut une alimentation simple. Avec l'expérience, je crois qu'il faut manger des aliments simples. Le meilleur, c'est la simplicité, des fruits mûrs, des fruits frais, de la viande fraîche. Ne pas abuser de la viande, ne pas abuser de tout, des produits qui sont trop actifs. Les pommes de terre à l'eau c'est pas mal du tout* » - Mr L. décide par lui-même et pour lui-même ce qui est le plus bénéfique : c'est en ce sens qu'est définie la notion de responsabilité : « *Moi, je fais mon compte rendu à mon toubib. J'ai eu des problèmes de mémoire un peu. Il m'avait donné des traitements qui m'ont complètement sonné. Alors le dernier traitement qu'il m'avait donné, j'ai arrêté. – Question : Vous en avez parlé avec lui avant d'arrêter le traitement ? Mr L. : Non non, je lui ai fait mon rapport après. Le meilleur docteur, c'est soi-même. Il faut analyser ce qui se passe en nous. Le docteur, lui, il peut pas ressentir, donc il peut pas être responsable de la prise des*

médicaments. Il faut pas abuser des médicaments. Il faut plutôt essayer de contrôler ce que font les médicaments dans votre sensation personnelle plutôt que de s'entêter à en prendre. Il faut restreindre. D'ailleurs une bonne théorie de base que j'avais entendu dire par des docteurs, c'est que l'organisme par lui-même il cherche à lutter contre la maladie. Il faut pas lui enlever cette possibilité qu'il a. Si vous lui enlevez cette possibilité, vous la perdez. Le jour où vous arrêtez votre médicament, votre organisme ne sait plus ce qu'il faut faire » (entretien n° 23). Mme M., 88 ans, relie également une bonne hygiène de vie à des choix responsables : « J'ai toujours eu une alimentation saine, je fume pas, j'ai jamais bu, je mange beaucoup de fruits, de légumes, peu de viande. Et puis je prends peu de médicaments, disons que c'est moi qui décide de ce que je prends. J'ai toujours fait attention à mon hygiène de vie, c'est dans ma nature » (entretien n° 3).

La minorité d'individus, parmi ceux qui disent bien vivre leur vieillissement, qui se rapprochent des injonctions contenues dans la politique de prévention et vont explicitement dans le sens du discours de la culture du bien vieillir sont ceux qui, à la suite d'un événement particulier, ont été confrontés à un discours inverse de celui qui prône la responsabilité, et le maintien des activités. Mr B., 84 ans, lorsqu'a été diagnostiquée la maladie d'Alzheimer, a vécu cette annonce comme un drame dans le sens où, « face à cette maladie, on nous dit qu'il y a rien à faire » comme le dit également Mme M., 80 ans (entretien n° 4) : « L'annonce de la maladie d'Alzheimer, c'est quand même une douche froide. Avec ce qu'on dit dans le grand public, et partout, les drames que ça entraîne tout ça... Et puis quand on lit un peu sur cette maladie, de partout les experts disent que ça se guérit pas. [...] Le mot Alzheimer, ça met une chape de plomb, ça vous place dans une situation où vous avez beau faire, vous êtes fichu. Alors moi, quand on m'a dit, en grossissant le trait, que c'était fini, et ben moi je me suis mis dans la posture de dire qu'il faut continuer à s'occuper, à faire de l'exercice physique, de l'exercice intellectuel. Il faut continuer à vivre, à rencontrer des gens, etc. Il faut faire tout ce qu'on peut pour que la rencontre soit possible, pour que les gens se sentent encore responsables, parce que sinon, c'est là qu'on est fichu. C'est ça qui va aider, c'est pas de dramatiser, au contraire » (entretien n° 8). Lorsque l'on reçoit des messages qui vont dans le sens inverse du bien vieillir, lorsque les notions d'autonomie, d'activité, de responsabilité sont mises de côté au profit d'un discours alarmiste et qui

dramatise une situation, ces personnes prennent alors le contre-pied et mettent en avant un discours tout autre, apparenté à celui contenu dans la politique de prévention.

Conclusion

« Toute cette éducation et tout le parcours de sa vie, on le repense parce qu'on est dans une période où il faut apprendre à nouveau. Ne plus travailler, ne plus avoir les mêmes soucis, il faut apprendre. Je veux pas dire par là que c'est une nouvelle vie, c'est une continuité, mais qui demande quand même des... oui des apprentissages. Et là, c'est une éducation à la retraite, ou à la vieillesse si on peut dire, qui nous est pas imposée comme l'éducation qu'on a eu enfant et adolescent, mais c'est soi-même, on s'éduque soi-même à cette nouvelle phase » (Mr V., 75 ans, entretien n° 33).

Si nous avons choisi de mettre en exergue cet extrait d'entretien, c'est parce qu'il résume bien la façon dont les personnes mettent en avant dans leur discours le refus d'installation dans la *carrière* de dépendant et la primeur donnée aux capacités d'autonomie, d'adaptation, d'apprentissages que les différentes périodes de socialisation ont contribué à forger en eux, et dans leurs pratiques sociales. Les événements négatifs de leur vie sont sondés à la hauteur de ce qu'ils ont permis de comprendre et de connaître de la situation et de ses conséquences sur la trajectoire de vieillissement.

Les individus dont l'expérience vécue se rapproche de l'apprentissage du vieillissement ont connu des événements importants qui les ont fragilisés dans leur relation à eux-mêmes et aux autres. Toutefois, tant qu'ils se perçoivent comme engagés dans un processus de socialisation qui fait que la vieillesse et le vieillissement deviennent des phénomènes qui leur permettent de mettre en œuvre des capacités et des compétences qu'ils ont développé à divers stades de leur parcours de vie, ils vivent leur vieillissement comme positif et bénéfique : vieillir rend nécessaire une mobilisation de toutes ces choses qui ont donné sens à leur vie. Le plus important est alors de tout mettre en œuvre pour que cette continuité de sens perdure. Ce n'est donc pas seulement dans leur vieillissement que l'on trouve des comportements en adéquation avec les attentes politiques. Leur refus d'intégrer moralement la *carrière* du dépendant est un autre indice pour interpréter leur relation très distante aux injonctions de la culture de la prévention dans le vieillissement.

Cette tendance de relation à son propre vieillissement se retrouve essentiellement chez des personnes âgées qui ont connu des carrières professionnelles épanouissantes et qui maintiennent un niveau de ressources financières, relationnelles et sociales important. Cependant, toutes les personnes âgées interrogées qui se situent dans des sphères socialement favorisées ne vivent pas leur vieillesse et leur avancée en âge comme un temps d'apprentissages qui permet de mettre en avant leurs compétences. Lorsqu'un événement particulier vient bousculer la personne et ses repères, des comportements et un mode de vie sains et responsables ne suffisent pas pour avoir de son vieillissement un ressenti positif. La mise en relief des fragilités vient alors souligner que le vieillissement entraîne la perte d'un prestige social et que vieillir, c'est forcément mal vieillir.

Chapitre 8

Le vieillissement ou la crainte d'un déclassement social

Introduction

Une partie des individus qui composent l'échantillon se caractérise par le rapport paradoxal qu'ils entretiennent avec leur trajectoire de vieillissement : ils disent ne pas pouvoir se projeter dans un vieillissement réussi tout en essayant de suivre, au quotidien, les préconisations politiques en termes de comportements et de mode de vie et les normes instituées. Ces personnes ne cessent de mettre en avant dans leur discours leurs trajectoires professionnelles et de valoriser la position sociale acquise durant leur carrière. Lorsque sont évoqués des événements négatifs venus remettre en question leur parcours de vie et le sens donné à celui-ci – retraite et troubles de santé –, c'est pour souligner l'impact que ces événements ont eu sur leur prestige social et sur le maintien de leur position et de leurs denses réseaux de relation. Le vieillissement est vécu comme un déclassement social, comme une disqualification sociale (Paugam, 2009) qu'ils n'avaient pas connue lors de leur vie active, à la différence des personnes au centre du chapitre 6. « Bien vieillir » est une injonction à laquelle ils ne peuvent répondre positivement, car le vieillissement s'accompagne d'un sentiment de changement de catégorie sociale mal vécu, d'une perte de relations sociales et de prestige pour des individus qui ont occupé des positions sociales qu'ils considèrent comme valorisées et valorisantes dans la sphère professionnelle. Depuis le passage à la retraite, ils ne peuvent se résoudre à « déroger » à ce statut auquel ils s'étaient identifiés. Sans être vécue comme « *une mort sociale* » (Guillemard, 1972), la retraite fait planer une ombre sur la sauvegarde de sa place sociale.

Ces individus, qui ont tout au long de leur vie fait des notions d'autonomie, de responsabilité individuelle, d'adaptation des principes conducteurs de leurs pratiques et de leur vie quotidienne, font face à une tension existentielle forte à partir du passage à la retraite, qui constitue l'événement majeur dans leur existence, parfois couplé à d'autres événements malheureux, comme la perte d'un enfant ou l'apparition de troubles de santé. L'impossibilité de se projeter dans un « vieillissement réussi » s'accompagne paradoxalement d'un discours proche de celui que diffuse la politique de prévention et ses promoteurs : les personnes veulent vivre selon les droits et les devoirs de leur position sociale et pour cela, elles perpétuent dans leur vieillesse des comportements et un mode de vie sains, qui prônent la responsabilité, le maintien d'activités physiques, intellectuelles et de participation à la vie sociale. Mais alors même qu'ils pourraient être considérés comme les chantres de la prévention dans le vieillissement, celles et ceux qui

ont participé ou participent à des programmes ou des ateliers organisés par les acteurs de la prévention portent un jugement extrêmement négatif sur les actions proposées, car cela les confronte à ce qu'ils considèrent être leur propre déchéance sociale. Leur trajectoire de vieillissement est ainsi qualifiée d'ambivalente, car les individus perçoivent l'exigence de réussir son vieillissement comme irréaliste tout en mettant en place, dans leur quotidien, les préconisations des programmes d'action qu'ils refusent d'intégrer.

Si ces personnes soulignent dans les entretiens leur rapport très fort à des comportements sains et à des pratiques préventives dans leur vieillissement, ce ne sont pas des arguments mobilisant le poids de l'éducation et des périodes de socialisation qui émergent comme dans le chapitre précédent. Manger sainement, faire du sport, participer à des associations sont des pratiques mises en place dans le but de s'éloigner autant que possible de la carrière de dépendance, perçue comme dégradante. Leur refus d'intégrer toute forme de catégorisation, que ce soit la catégorie des « retraités » dont ils ne veulent pas entendre parler et plus encore celle de « dépendance », est clairement manifesté dans les entretiens, même pour les 3 personnes qui sont officiellement dans la catégorie de la dépendance (entretiens n° 21, 24 et 36). Elles mettent plus volontiers en avant les continuités de vie en termes de comportements et de stratégies pour conserver une identification à une position sociale valorisée, que les difficultés introduites par des événements particuliers, au niveau de la santé notamment. Lorsque ces derniers sont évoqués, c'est souvent de façon lapidaire, ce qui témoigne d'une gêne et d'une difficulté à intégrer dans la trajectoire de vieillissement des événements qui peuvent remettre en question la vision qu'ils ont de ce qu'ils sont. Peu de référence à des compétences comme celle d'adaptation ont été relevées, tant les événements qui ponctuent leur trajectoire de vieillissement ne sont que peu discutés, au contraire de ceux qui renvoient à leur passé glorieux.

Celles et ceux que l'on regroupe sous cette même tendance à avoir un rapport ambivalent à leur propre vieillissement sont pour partie des personnes au statut social élevé, qui ont accédé dans leur carrière professionnelle à des postes à responsabilité qui les ont inscrits dans des réseaux sociaux denses et favorisés. Cependant, la retraite ne leur permet pas de capitaliser sur leurs ressources relationnelles et symboliques de prestige social, car elle a entraîné, à l'inverse des personnes précédemment présentées, une redéfinition des frontières de leurs relations et une baisse en volume qui laisse un

sentiment de « vide ». Les relations familiales, soutenues, ne sont pas évoquées comme un facteur pouvant entraîner un sentiment de bien vivre sa vieillesse. Mme B., 73 ans, est la femme d'un ancien directeur d'un grand parc animalier. Les références à cette période sont nombreuses dans ses propos et l'apparition de troubles de la mémoire ne font qu'accentuer le sentiment que « *c'était mieux avant* » (entretien n° 1). Mr D., 68 ans (entretien n° 9), ancien ingénieur responsable de service chez Schneider Electric, a voyagé sur tous les continents et managé des équipes d'ingénieurs sur les quatre coins du globe. Comme pour l'ensemble des personnes au centre de ce chapitre, son refus de vieillir est patent dans ses paroles, d'autant plus que l'attente d'un diagnostic autour de ses problèmes de mémoire lui fait vivre une angoisse d'un futur encore plus sombre que celui qu'il décrit depuis sa mise à la retraite. Mr J., 79 ans (entretien n° 11), est peut-être celui qui exprime le mieux dans le long entretien qu'il nous a accordé le sentiment de vivre son expérience du vieillissement sous la forme d'une régression sociale. Ancien ingénieur, il a surtout été très actif, avec sa femme, dans la vie politique de la ville de Grenoble, à l'époque de la municipalité Dubedout¹¹¹. Adjoint du maire, proche de Pierre Mendès-France lors de son passage politique en Isère, c'est un militant qui a multiplié les engagements dans diverses causes : il a créé et présidé les centres de santé de Grenoble, implantés dans les quartiers défavorisés de la ville afin de rendre possible une santé pour tous. À l'aube de ses 80 ans, c'est désormais l'un de ces centres, dans un quartier où il vit depuis la création du quartier, qui suit l'évolution de troubles de mémoire apparus il y a peu. C'est avec ironie qu'il stipule la charge symbolique à être suivi par un centre qu'il a lui-même créé et présidé. Mr T., 78 ans, lui aussi ancien ingénieur, a poursuivi dans les premières années de retraite des activités bénévoles en lien avec son ancien métier. Il continuait ainsi à voyager dans le monde entier pour « *former les pays du tiers monde, mais aussi les pays développés, pour former des ingénieurs pour travailler sur les gros chantiers* » (entretien n° 24), jusqu'à ce qu'il soit atteint d'une maladie rare, la dyskinésie, dont les symptômes sont proches de ceux de la maladie de Parkinson. Mr R., 80 ans, lui aussi ancien ingénieur, se sent « *mis sur la touche* » (entretien n° 26) dans sa vieillesse, lui qui pense avoir encore des compétences

¹¹¹ Hubert Dubedout a été maire de Grenoble de 1965 à 1983. Chantre de la démocratie participative à l'échelle locale, notamment au travers de la création des Groupes d'Action Municipale (les GAM), Dubedout est à l'origine de politiques publiques urbaines nouvelles et a fait de Grenoble un laboratoire de la mixité sociale, en construisant des quartiers qui favorisent les initiatives citoyennes, en reliant les différents points de la ville par un nouveau réseau de tramway moderne, etc. Il profitera des Jeux Olympiques de 1968 organisés à Grenoble pour réaliser un vaste programme d'investissements urbains. Sur les mandatures Dubedout, se reporter à Ducros, Frappat *et al.*, 1998.

à apporter, tout comme Mr F., 67 ans, ancien directeur régional au Crédit Foncier, qui multiplie les engagements dans des activités afin de « *faire quelque chose d'utile, et qui me permette intellectuellement de rester actif, de garder une bonne position* » (entretien n° 31).

Certaines personnes, sans forcément arriver à des postes à hautes responsabilités, ont cependant vécu leur carrière professionnelle sous la forme d'une ascension sociale. Ils ne parlent alors pas de conflits intérieurs qui ont pu naître à la suite de cette promotion sociale. Ici, ce qui est soulevé à plusieurs reprises dans les entretiens est la difficulté, voire pour certains l'impossibilité de maintenir cette place sociale acquise. Le vieillissement menace cette ascension et la trajectoire de vieillissement est vécue au prisme de l'angoisse d'un retour, d'une « chute » vers sa place sociale d'origine, moins valorisée et valorisante. L'exemple le plus parlant de cette peur de voir la trajectoire de vieillissement se caractériser par une mobilité sociale descendante (Peugny, 2007) est celui de Mr A., 67 ans. Il fait remonter le premier événement de sa vie au moment de sa naissance, qu'il considère être le « *premier accident* » de sa vie. Né d'une fille-mère qui meurt alors qu'il a 7 ans, Mr A. vit son enfance et son adolescence en pension pour orphelins. Tout son parcours de vie est présenté comme un combat permanent pour monter les échelons, ce qu'il parviendra à faire en devenant PDG d'une entreprise de transports, que son fils a repris à sa retraite avant de la mettre en situation de faillite. Il vit sa retraite comme une menace à sa position sociale, aux biens qu'il possède et à son train de vie. Il multipliera les analogies avec ce que peuvent vivre des « ministres » : « *Quand vous êtes dans les affaires, vous avez beaucoup de relations, mais on se fait pas d'illusions non plus, c'est des relations pour le business, c'est pas parce que les gens vous aiment, même s'ils vous disent qu'ils vous aiment... ils aiment plus le chiffre d'affaires que vous leur apportez. Faut pas se leurrer. C'est comme tout, vous êtes ministre, demain vous êtes plus ministre, le téléphone il sonne plus. Moi c'est pareil* » (entretien n° 30). Mme N., 78 ans, a perdu son père très jeune et a été contrainte de travailler dès l'âge de 14 ans pour soulager sa mère qui élevait seule 5 enfants. Son grand regret de ne pas avoir fait d'études a été effacé par l'ascension sociale qu'elle a connue grâce à l'entreprise d'électricité, créée et développée par son mari, dans laquelle Mme N. a travaillé comme secrétaire, comptable et gestionnaire. Propriétaire d'une grande villa dans un petit hameau de la Chartreuse, son mari est décédé aux abords de la retraite. Depuis, Mme N. vit seule et rencontre des difficultés à vivre dans cette grande

propriété, symbole de leur réussite (entretien n° 5). Mr Q., 80 ans, fils d'agriculteurs, a travaillé dans l'exploitation familiale tout en poursuivant sa propre carrière professionnelle, qui le mènera du poste d'ouvrier dans une usine de papeterie à celui de chef d'équipe « [...] *reconnu et respecté par tout le monde, les ouvriers comme les patrons* » (entretien n° 21). À la retraite, retourner au seul travail de la terre (puisqu'il a continué quelques années à travailler dans l'exploitation familiale détenue depuis par son jeune frère) a été pour lui difficile. La perte de ses relations de travail, et des symboles du lien qui existaient entre lui et son entreprise, et qui matérialisaient son statut hiérarchique au sein de l'entreprise – « *les 15 dernières années, quand je suis monté chef de service, j'avais un bureau. Un bureau à moi. C'est le patron qui a décidé, comme j'avais un poste quand même très bien, il fallait un bureau. Le jour où je l'ai vidé, et ben... j'ai pas pleuré parce qu'on pleure pas chez nous, mais je vous dis, j'avais la gorge serrée* » - l'ont entraîné dans une dépression que le travail à la ferme n'a fait qu'accentuer. Mme C., 69 ans, n'est pas non plus née avec une cuillère dorée dans la bouche, comme elle le précisera. Fille d'agriculteurs, elle part très jeune chercher du travail dans les stations de ski qui se développent à la fin des années 1960. Serveuse au restaurant, et gouvernante d'étage à l'hôtel, son métier lui plaisait énormément : « *A l'époque, ça me plaisait beaucoup parce que j'avais la robe noire, tablier blanc, souliers noirs. Et puis les gens qui venaient vraiment, ils étaient cultivés, intéressants tout ! J'aimais beaucoup ce métier parce qu'il y avait un contact avec les gens, on parlait. Ah, c'était la belle époque !* » (entretien n° 27). Enfin Mme G., née en Espagne et immigrée en France à l'âge de 16 ans, centrera ses propos lors de l'entretien sur son évolution au sein des thermes du village où elle travaillait pendant les six mois d'ouverture annuelle (entretien n° 36).

Le vieillissement, pour les personnes interrogées, est exprimé comme une menace à leur positionnement social. Le plus important pour elles est alors de montrer à son interlocuteur qu'elles conservent des comportements, des modes de vie et des pratiques sociales qui leur permettent de s'identifier encore à leur statut social, dans une logique de distinction sociale analysée par Bourdieu (1979). L'impossibilité de réussir son vieillissement s'explique tout autant par la « chute » ressentie par les individus que par la « logique de l'honneur » (d'Iribarne, 1989) qui les conduit à ne pas accepter les catégorisations et l'installation dans la carrière morale du « vieux dépendant ». Cette même logique les amène à valoriser les actions quotidiennes sur leur propre corps et

mode de vie, actions préventives qui offrent des perspectives de maintien dans la situation sociale souhaitée, alors même que l'intégration au monde de la vieillesse et à ses spécificités, notamment en termes de troubles de santé, est pensée comme impossible.

I. Les ruptures du vieillissement

Le discours recueilli auprès des personnes dont l'expérience du vieillissement s'est révélée, à l'analyse, extrêmement ambivalente, évoque majoritairement le passage à la retraite comme un événement central, pensé de façon indépendante d'autres événements négatifs connus lors des parcours de vie et/ou des trajectoires de vieillissement. À l'inverse des personnes âgées que l'on a regroupées sous la tendance à voir leur vieillissement comme un déclin inéluctable du fait de la dynamique des événements négatifs qu'ils ont connu, les personnes dont on analyse ici les propos séparent la retraite des autres événements qu'ils doivent affronter, en premier lieu les troubles de santé. Ce n'est pas en termes d'enchaînement des événements qui impactent négativement leur vie que les individus justifient leur relation plutôt distanciée à leur propre vieillissement. À l'inverse, la transition de la retraite a empêché les individus de se projeter dans un vieillissement heureux et réussi, mais n'a pas de liens avec les troubles qui surviennent avec l'avancée en âge. Dit autrement, les deux types d'événements vécus négativement – la retraite et les pertes et troubles – n'ont pas de liens de causalité, mais entraînent un même ressenti : tous deux impactent négativement leur position sociale.

I.1. La transition de la retraite : un couperet non pensé et non souhaité

Les individus, notamment les quatre anciens ingénieurs (entretiens n° 9, 11, 24, 26), et celles et ceux qui ont fini leur carrière professionnelle à des postes de direction (entretiens n° 1, 30, 31) disent tous ne pas avoir pu ou su « préparer » leur retraite et anticiper les changements que cette transition impose. La prise de distance avec le monde du travail dans les derniers temps de la vie active n'a pas été connue par ces individus, qui ont à l'inverse investi plus encore d'eux-mêmes dans leur travail à partir du moment où ils atteignaient le haut de l'échelle sociale. Au-delà de ne pas avoir été préparée, la retraite n'était bien souvent pas voulue et cette transition est vécue comme

une contrainte. Le fait de refuser de participer à des sessions de préparation à la retraite en est un indice fort : « - *Question : Le passage à la retraite, vous l'avez vécu comment ?* Mr F. : *Mal vécu... Je dirai que ça s'est fait un peu brutalement, plus rapidement que je ne le pensais et sans période de... j'ai eu mon activité, elle s'est arrêtée du jour au lendemain. Donc j'ai pas eu de période pendant laquelle j'avais moins d'activités, pendant laquelle je me serais fait à l'idée. Il faut s'y préparer quand même, mentalement, être dans les dispositions pour... Non, du jour au lendemain... [...]*Moi, j'ai pas remis les pieds dans les locaux du Crédit Foncier depuis que je suis à la retraite. Donc... ça a été une coupure très rapide, très rude. J'étais pas préparé à ces changements, et je les voulais pas. J'aurai jamais accepté d'aller dans une de ces sessions de préparation à la retraite, ça non » (entretien n° 31).

L'importance de la « désocialisation professionnelle anticipée » qu'ont connue les personnes qui ont vécu la transition de la retraite « dans la douceur » se manifeste plus clairement encore lorsque le mécanisme n'a pas eu lieu, pour diverses raisons. Mr D., 68 ans, qui parle du temps de sa vie active comme d'une « *période fantastique, je travaillais avec des hongrois, des égyptiens, des chinois, on y allait, on les recevait, c'était une vie très riche, très agréable* » (entretien n° 9), a été informé par sa hiérarchie de son départ à la retraite que très tard, comme Mr F. : « *Il y a pas eu de période de latence. Au mois de juin, j'ai été convoqué chez mon patron qui me dit qu'il vient de recevoir un mail de la DRH, et que je partais dans une semaine. J'ai dit qu'il en était pas question. Je savais que je devais partir, mais je savais pas quand. J'ai réagi très vivement, du coup ils m'ont accordé un délai et je suis parti en septembre. Je me suis posé la question de me bagarrer encore, mais les syndicats m'ont dit que ça en valait pas le coup* » (entretien n° 31). Cette incapacité à penser et à préparer le temps de la retraite peut aussi être un choix assumé de s'engager totalement dans son travail, au point d'éluder l'arrivée de ce qui est vécu comme un couperet : « *J'étais tellement bien dans les dernières années, à aller en Afrique sur la construction de barrages, en Asie, tout ça, que... c'est comme si j'avais enlevé de ma tête l'idée que ça serait bientôt fini. Alors quand c'est tombé, la première chose que j'ai faite c'est de me proposer pour poursuivre ça dans le cadre de la fondation de l'entreprise. J'ai continué à aller sur les chantiers pour former les locaux. Deux mois après la retraite, je partais pour quinze jours en Chine* » (entretien n° 24).

Comme l'avait montré Xavier Gaullier (1982) à propos des premières cohortes de travailleurs à avoir connu dans les années 1970 les premiers plans de préretraite, les individus de notre échantillon qui n'ont pas anticipé cette échéance sont ceux qui le vivent le plus mal, comme un moment dramatique de leur vie. L'expérience de la transition de la retraite est unanimement exprimée comme un moment mal vécu, porteur de davantage de pertes que de bienfaits. Lorsque nous commençons l'entretien avec Mme C., 69 ans, en précisant que nous souhaitons discuter avec elle de sa vie à la retraite, elle répond : « *Ah ben écoutez, je suis à la retraite, je suis tellement isolée, tellement... Avant j'avais le contact avec les gens et tout... Après, ça fait une coupure* » (entretien n° 27). Mr A., 67 ans, qui avait commencé à l'âge de 18 ans peintre en bâtiment, est au moment de sa retraite PDG d'une entreprise, qu'il vend à son fils. Très occupé à faire des travaux dans les nombreux appartements qu'il possède dans la région grenobloise et sur la côte d'azur, ce retour à ses origines n'est pas ce qu'il attendait de la retraite : « - *Question : Et ce passage à la retraite, vous l'avez vécu comment ? Mr A. : Pas bien. Pas bien... Parce que refaire de la peinture et tout, on revient au travail manuel. Attention, j'ai rien contre le travail manuel, mais il faut dire les choses comme elles sont, le travail intellectuel, mener des hommes, mener des affaires, trouver des clients, manger au restaurant tous les midis, commercer, et ben c'est enrichissant. J'y trouvais mon compte. Donc à la retraite... Boum... [silence] Et puis mon téléphone il sonne plus* » (entretien n° 30).

Ce sentiment général de vivre une expérience péjorative du passage à la retraite s'exprime également dans le refus d'être associé à une catégorie sociale qu'ils habillent d'attributs dépréciatifs. Aucune inscription dans une catégorie spécifique ne peut combler leur volonté de poursuivre le cheminement de leur parcours de vie. Certes Mr A. est un exemple extrême et rare d'une ascension sociale digne du *self-made-man* américain, mais ses propos sur la retraite font preuve d'une distance forte vis-à-vis du caractère ingrat et stigmatisant de la catégorie que l'on retrouve dans bon nombre d'entretiens : « *C'est l'avantage de beaucoup travailler, maintenant à la retraite j'ai un standing de vie qui est quand même... super. Mais je pourrais peut-être pas le tenir, parce que c'est pas pareil la retraite, financièrement... Mais il y a des gens qui travaillent huit heures par jour, mais qui gagnent pas ce que je gagne à la retraite. Je dis pas que c'est anormal que je gagne ce que je gagne, parce que je le gagne proportionnellement à ce que j'ai gagné. J'ai travaillé, j'ai monté la hiérarchie. De*

orphelin puis ouvrier, je suis arrivé cadre puis patron. Alors... c'est normal que maintenant j'ai une bonne retraite. Mais bon l'argent fait pas tout... – Question : C'est-à-dire ? Mr A. : Ben la retraite, j'aime pas ça. Rien que le mot... – Qu'est-ce qui vous dérange ? Mr A. : Ben, ça fait bizarre de dire orphelin, ouvrier, cadre, patron et puis pour finir retraité. Ça fait tout de suite, moins bien, moins libre. C'est pas joli » (entretien n° 30). Mr R., 80 ans, parle lui aussi d'une catégorie qui n'apporte pas une plus-value, une satisfaction personnelle, mais qui au contraire dévalue les individus, et leurs capacités : *« Le fait d'être à la retraite, d'être écarté, mis sur la touche comme ça, de plus avoir à penser alors que ça a été ma préoccupation première pendant des années et des années, imaginer, penser, créer, tout d'un coup vous vous sentez... mal »* (entretien n° 26). Pour certains comme Mr D., 68 ans, Mme G., 84 ans ou Mr F., 67 ans, toute catégorisation et le statut qui en résulte est néfaste dans le sens où elle fonctionne comme un carcan qui enferme les individus. L'analogie avec d'autres catégories est souvent employée pour stipuler que, même pour les personnes âgées dites dépendantes, il est inconcevable d'intégrer la carrière morale du dépendant. Mme G., est une femme au fort caractère, et nous dira avec son accent espagnol toujours très présent : *« Ah écoutez, déjà quand je suis passée du côté des retraités, j'ai compris. Ça voulait quand même dire, « bon vous avez travaillé, maintenant, vous vous mettez sur le côté et vous profitez de votre retraite ». On propose rien d'autre. Alors venez pas me dire que je suis dépendante, hein, parce qu'un médecin a dit que j'étais dépendante. Moi, j'ai pas voulu d'aide à domicile, personne touche à rien chez moi. Alors ils font juste venir pour l'infirmière. Je suis dépendante, ils disaient que je peux plus rien faire. Oh ! Je leur ai montré moi ! »* (entretien n° 36). C'est Mr F. qui résume le mieux l'appréhension avec laquelle ils font face à leur rentrée dans une catégorie administrative dans laquelle ils ne se reconnaissent pas et dans laquelle ils ne veulent pas être « enfermés ». Le fils de Mr F., a eu un diabète à l'âge de 23 ans. Ce problème de santé le handicape énormément, mais sur les conseils de son père, il a refusé d'intégrer la catégorie COTOREP¹¹² : *« Mon fils, il travaille à la CARSAT Rhône-Alpes. Il y a eu un moment où ils ont voulu l'intégrer comme COTOREP, il a dit qu'il voulait pas. Je le soutenais sur sa décision*

¹¹² La Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) est une ancienne institution française qui gérât les problèmes liés au handicap et notamment à la réinsertion professionnelle des personnes handicapées. Les décisions en faveur des personnes handicapées se prennent désormais dans les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) depuis 2005. Les catégories du handicap et le parcours dans les institutions qui prennent en charge les personnes handicapées ont été étudiés sous l'angle de la notion de carrière, depuis Goffman dans *Asiles* ou encore *Stigmates*, et dans des travaux plus récents (Blatgé, 2012).

parce que ce sont des catégories enfermantes quand même. Déjà que retraité j'aime pas ça... Je parlais d'autonomie tout à l'heure, si vous êtes COTOREP, c'est comme dépendant, il y a des choses qui vous seront refusées, d'autres accordées, mais pas par vous, par d'autres qui décident quand même un peu pour vous. Faut pas se laisser enfermer dans un tel système » (entretien n° 31). Les catégories sont ici pensées en tant que parcours dans les institutions qui les gouvernent et renvoient au caractère institué de la *carrière* d'handicapé, et de dépendant. Le côté institué de la *carrière* est mis en avant pour mieux s'écarter d'une possibilité d'intégrer moralement cette *carrière*. Les individus sont ainsi en opposition à la *carrière* instituée et à l'installation dans la *carrière* morale du dépendant.

Si la retraite est l'événement le plus récurrent dans les discours, un autre type d'incident est convoqué pour justifier d'une impossibilité de vivre sereinement son vieillissement. Sur les 11 individus, 7 personnes sont atteintes, ou tout du moins sont au début de troubles de santé particuliers qui ont de grandes chances de se développer : 6 sont au début de la maladie d'Alzheimer, et certains n'ont pas de diagnostic établi, mais font face à de fortes suspicions, et une est atteinte d'une maladie proche de Parkinson. Sur les 14 personnes de l'échantillon total qui sont concernées par les premiers stades de la maladie d'Alzheimer, la moitié est intégrée à ce groupe des individus qui vivent leur vieillissement comme un déclin social. Les conséquences de l'apparition de troubles de la mémoire dans leur vie sociale sont un élément de compréhension de la façon dont ils font l'expérience du vieillissement.

I.2. Les troubles de santé, menaces à leur statut social

Dans les entretiens, à côté de la transition mal vécue de la retraite apparaît clairement un autre événement que les individus mobilisent pour justifier de l'impossibilité de réussir leur vieillissement et de se projeter dans le futur. L'apparition de troubles de la mémoire, qui nécessitent de s'engager dans un processus d'exams, de visites chez un spécialiste, n'est pas vécue comme une dégradation normale des fonctions cognitives. Au contraire de ce que l'on retrouve dans les paroles et dans les pratiques des individus qui s'appuient sur la maladie pour en connaître les spécificités et apprendre à mieux vivre avec, il n'est pas ici question d'apprentissages et de socialisation : les 7 individus qui sont engagés dans un parcours qui a mené ou doit mener à un diagnostic parlent de la maladie d'Alzheimer d'une façon qui révèle

l'imprégnation de représentations sociales négatives de la maladie. La maladie d'Alzheimer est pour eux une étiquette pour rendre compte du naufrage sénile, et donc du naufrage social (Ngatcha-Ribert, 2004).

Dans les entretiens, les individus ne s'étalent jamais longuement sur les différentes étapes qui les ont amenés à être diagnostiqués « Alzheimer », « *une fois qu'on a mis le pied sur le tapis, ça se déroule, on est pris là-dedans* » dira Mr D., 68 ans (entretien n° 9). Certaines personnes entretiennent le flou quant à l'effectivité du diagnostic, en ne mentionnant pas clairement dans l'entretien qu'elles attendent toujours de savoir si c'est vraiment de cela qu'elles sont atteintes. La difficulté d'accepter que les fonctions cognitives, intellectuelles s'altèrent progressivement peut entraîner certaines personnes dans un refus d'en parler avec les proches. Mme B., 73 ans, « savait » avant l'annonce du diagnostic qu'elle était atteinte de cette maladie, mais refuse d'en parler à ses enfants et à son mari, ce qui témoigne d'une acceptation délicate du diagnostic parce que la maladie n'impacte pas seulement la personne, mais également sa relation avec son environnement : « *Le moment où on m'a dit, « là, c'est la maladie d'Alzheimer », c'est pas facile. Mais je le savais, je le savais. Je savais qu'il y avait quelque chose. Et même ma fille, elle a su que j'avais Alzheimer beaucoup plus vite que moi. Je pense qu'elle l'a vu.* – Question : Vous en avez parlé avec votre fille ? Mme B. : Non. – Question : Comment vous savez qu'elle l'a su ? Mme B. : Je l'ai senti. – Question : Vous en parlez avec votre entourage ? Mme B. : Non. C'est pas la peine de toute façon. C'est pas la peine de remuer ça » (entretien n° 1). De même Mr J., 79 ans, n'aborde jamais frontalement la question de la maladie d'Alzheimer durant les deux heures d'entretien. Lui qui redevient très prolix lorsque il détaille ses longues années de militantisme et d'engagement politique, ne donne que des réponses succinctes aux questions relatives à l'apparition des troubles de la mémoire.

L'imprégnation de représentations sociales négatives autour de la maladie d'Alzheimer se retrouve dans la sémantique utilisée par les personnes pour parler de leurs troubles. Les logiques rhétoriques à l'œuvre sont signifiantes d'un déclin psychique qui s'accompagne d'un déclin social. Chez certaines personnes s'exprime une confusion entre la vieillesse et la maladie : « - Question : Est-ce que vous vous pensez vieille Mme G. ? Mme G. : Ah ben automatiquement. Quand on vous dit que vous avez la maladie de... [bégaye et n'arrive pas à prononcer le mot] la maladie de la mémoire, ben c'est qu'on est plus tout jeune. – Question : Vous vous pensez malade ou

vieille ? Mme G. : Bon écoutez, on va pas jouer sur les mots, tout ça, c'est pareil » (entretien n° 36) ; « - Question : Est-ce que vous vous sentez vieillir ? Mme N. : Ben obligatoirement. Il y a les genoux qui font un peu plus mal, il y a la mémoire qui s'en va. Vous pouvez pas échapper, cette maladie c'est un signe de vieillesse » (entretien n° 5).

Le vocable de la démence est associé à son synonyme de folie dans certains entretiens et majoritairement chez les femmes qui font face à des troubles, même légers, de la mémoire. Alzheimer est un mot qui fait peur et qui est considéré comme proche du concept de folie et renvoie à la conception selon laquelle « démence » égale « folie » (Rigaux, 1992). Alzheimer est alors pensée comme une maladie de l'esprit, qui demeure proche de la folie, dans tout ce que ce terme peut avoir de négatif comme le dit Foucault (1972) : désordre, décomposition de la pensée, erreur, illusion, non-raison. Mme B., qui dit ne ressentir les effets de la maladie que lorsqu'elle oublie de saler les plats qu'elle fait à son mari ou à des invités ou lorsqu'elle oublie les conventions du jeu de bridge, ne pense au futur depuis l'annonce du diagnostic que comme un univers de désordre et de folie : *« De toute façon je sais bien que... je sais bien que je vais finir... [fais le geste de la main signifiant « folle » ou « maboule »]. C'est ça qui m'attend, c'est la folie » (entretien n° 1) ; « Moi j'ai toujours eu une bonne mémoire, et l'esprit vif. Je m'occupais des pédiluves à la cure et il fallait que ça fonctionne là-dedans. Maintenant, avec ce truc, je vais tomber... [silence] C'est sûr que ce qui fait peur, c'est de devenir folle, de plus pouvoir penser comme vous l'avez toujours fait » (entretien n° 36).*

On le voit, l'univers de la folie est convoqué principalement par les femmes. Le déclin social associé à l'apparition de troubles de la mémoire est plus marqué chez les anciens ingénieurs. Il se dévoile au travers d'un changement majeur dans leur quotidien que tous connaissent désormais : pour eux qui ont eu une vie active pleine et remplie, composée de multiples rendez-vous professionnels et/ou dans le cadre des activités extérieures au monde du travail, devoir désormais noter les rendez-vous sous peine de les oublier devient une nécessité qui dégrade leur rapport à eux-mêmes et à leur trajectoire de vieillissement (entretiens n° 1, 9, 11, 26). Mr J., 79 ans, fait de ce changement majeur un indice de la perte de l'image qu'il a de lui-même et qu'il renvoie aux autres. Il sépare sa vie « d'avant », une vie riche à tous niveaux de sa vie avec la maladie d'Alzheimer, figure archétypique de la mauvaise vieillesse (Ngatcha-Ribert, 2004) : *« Moi qui étais ingénieur dans la vie, qui avait aussi beaucoup de rendez-vous*

en tant que militant, je marquais jamais mes rendez-vous. Je pouvais en avoir 12 à 15 par semaines, je les notais pas. Ils étaient notés dans ma tête. Mais maintenant... chaque fois qu'on prend un rendez-vous, je le note, et ma femme aussi. Ça c'est quand même un petit peu le drame pour moi. C'est quand même une preuve que je suis plus ce que j'étais. – Question : Vous pensiez rester toujours le même ? Mr J. : Je m'imaginais pas que je vieillirais mal comme ça, à devoir noter les dates, les rendez-vous, tout ça. Et puis faut que je note qui je vais rencontrer, parce que je m'imaginais pas arriver en face de la personne et ne plus savoir qui c'est, comment elle s'appelle. C'est dégradant ça » (entretien n° 11).

Mr R., 80 ans, est celui qui exprime le plus clairement ce que cet événement particulier change dans le sentiment qu'il a de son positionnement social et la difficulté qu'il a d'opérer un processus d'acceptation. Tout comme Mr D. et Mr J., il emploiera tout au long de l'entretien le pronom personnel « je » pour parler de sa vie antérieure, de sa carrière professionnelle, comme pour affirmer sa singularité personnelle et valoriser son parcours de vie. Dès lors que sont abordées les questions relatives à des événements particuliers de sa vieillesse, il fait un usage abondant du « on », forme neutre et indéfinie utilisée majoritairement dans le discours des classes populaires (Lalive d'Epinay, 1991 : 159) qui permet de gommer l'individu en l'insérant dans un ensemble lui-même indéfini : *« J'ai l'impression qu'on vieillit en fonction de ce qu'on a fait dans notre vie. Je le vois aux ateliers du bien vieillir à la mairie, tous les anciens ouvriers agricoles, ou les ouvriers d'usine, ceux qui ont eu un travail physiquement pénible, et ben arrivé à un âge, c'est le physique qui lâche. Ceux comme moi qui ont eu un métier plus intellectuel que physique, et ben c'est le cerveau qui lâche. C'est... [silence]. On est quand même un petit peu honteux, parce que c'est humiliant de se rendre compte qu'on est plus capable. Et puis surtout, c'est que les autres le voient bien. On donne une image de nous qui est pas très reluisante, alors qu'on a... qu'on a quand même servi à la société, et pas qu'un peu »* (entretien n° 26).

Dans les discours, les passages lors desquels les individus parlent de leurs difficultés et de tout ce qui, potentiellement ou effectivement, vient troubler la sécurité de leur parcours de vie sont très souvent suivis de récits de soi qui mettent en avant le sentiment de leur valeur « réelle ». Cette valorisation de soi, qui traverse l'ensemble des entretiens avec les 11 personnes que l'on rassemble sous cette grande tendance de vivre

leur trajectoire de vieillissement comme un frein à leur prestige social et au sentiment qu'ils ont de leur propre valeur, s'appuie sur deux mécanismes argumentaires.

Le désir de se présenter sous un jour favorable à son interlocuteur amène tout d'abord les individus à multiplier les évocations de certains événements, certains « faits de gloire » ou certains engagements passés. Mr J., 79 ans, rappelle de nombreuses fois avoir travaillé avec Pierre Mendès-France, en donnant parfois des anecdotes intimes et personnelles de leur discussion. Mr D. et sa femme expriment leur fierté d'avoir été élus au conseil municipal de leur village et d'avoir permis la réalisation de travaux communaux importants. C'est aussi Mme N., 78 ans, qui détaille toutes les tâches auxquelles elle a participé pour aider son mari lors de la construction de leur grande propriété qui apparaît dans l'entretien comme le symbole de leur réussite sociale.

La valorisation de soi se manifeste également dans tous les entretiens à travers les jugements très favorables portés sur le passé, sur la société d'avant qui se voit attribuer des vertus que la société actuelle a perdues. Mme B., 73 ans, comme d'autres, déplore le fait que la société d'autrefois était plus solidaire, chaleureuse, incluyente : *« La vie était très dure, ça a été très dur, c'était une autre époque, c'était une époque où il y avait encore les veillées le soir, c'était une époque où on se rencontrait, c'était tout à fait une autre époque. C'est fou ce que ça a changé. Ça n'a plus rien à voir. Dans le quartier, on connaît personne. C'est impensable ! »* (entretien n° 1). Conscients que le temps de la vie active est une époque désormais résolue, il n'est pas pour autant plus facile d'accepter une mise à l'écart socialement organisée : *« Je suis attristé que le temps passe. Malheureusement le temps passe et vous pouvez pas revenir en arrière. Par exemple, je me dis que Juppé il a été ministre à mon âge et moi maintenant, je suis sur la touche alors que je peux apporter des choses... »* (entretien n° 30). La société actuelle peut aussi être désignée comme le coupable principal dans la chute que ressentent les individus, dans le but de réaffirmer la valeur de son existence : *« J'ai toujours beaucoup travaillé. Et maintenant que ça se dégingue, je suis dérouté, désorienté. Mais bon... J'aimerais bien être actif, j'ai déploré le fait d'être mis à la retraite et que tout ce que j'avais appris et tout ce que j'avais su faire soit perdu. J'aurai aimé à ce moment-là que tout ce que je savais faire, je puisse le transmettre à d'autres gens capables de l'exploiter et de le mettre en valeur. Ça n'a pas été le cas et ça m'a un petit peu... peiné, c'est une perte. Il n'y a rien en place dans notre société*

pour récupérer ces gens, qui ont une valeur, des compétences, des connaissances, qui ont acquis de l'expérience » (entretien n° 26).

Face à ces événements qui bousculent les habitudes et qui remettent en cause les principes qui ont guidé leur vie et qui leur ont permis de connaître une certaine mobilité sociale dont ils disent toutes et tous êtres très fier(e)s, les stratégies mises en œuvre dans leur trajectoire de vieillissement pour conserver une certaine prise sur leur monde ne mobilisent pas des compétences d'apprentissages et d'adaptations. Leur refus de « tomber » socialement et symboliquement les entraîne dans une sélection d'activités et de relations à même de les faire conserver tout ou partie de ce qu'ils ont été.

II. Les différents temps de la *déprise*

Pour ces individus qui ont connu des parcours de vie différents, qui ont connu des périodes d'éducation et de socialisation diverse, qui proviennent d'horizons sociaux variés, mais qui tous ont ce même sentiment de fierté, d'ascension sociale, le phénomène de *déprise* se distingue nettement des modalités précédentes.

L'engagement dans des activités, dans des relations n'est pas abandonné par renoncement, comme pour les personnes qui assument et revendiquent leur « éloignement du monde », leur repli sur leur univers domestique. À l'inverse elles veulent montrer à l'interlocuteur qu'elles sont encore bien inscrites dans le monde, dans des relations, et qu'elles conservent une grande autonomie de décision. La *déprise* ne s'effectue pas non plus sur le mode de l'adaptation aux événements et à leurs conséquences, comme cela est préconisé dans la politique de prévention. L'adaptation n'est pas pensable, car cela reviendrait à s'adapter à une trajectoire sociale pensée comme descendante. Conformément aux deux événements qu'ils mentionnent principalement dans les entretiens et qui renvoient à deux temps différents de la trajectoire de vieillissement – transition de la retraite et apparition de problèmes de santé –, les individus énoncent et distinguent deux temps dans ce processus de réorganisation des activités. Les débuts de la retraite se caractérisent par le rebond qui consiste à renouer avec une activité délaissée, à trouver de nouveaux centres d'intérêt – certains ont par exemple dès les premiers mois de la retraite faits des voyages, pour eux qui n'avaient que peu ou pas voyagé- ou à s'investir d'autant plus dans une activité déjà

pratiquée, voire dans l'activité professionnelle, mais à titre bénévole. Plus tard, lorsque la transition de la retraite est passée et que surviennent des événements déstabilisants, c'est davantage sous la forme de l'abandon-sélection que s'effectue le choix des activités qui doivent être conservées. Dans tous les cas, ce qui ressort des entretiens est que la *déprise*, bien que subie et contrainte, est pensée comme un moyen de garder des activités qui font sens pour eux, c'est-à-dire qui leur permettent de se valoriser, de valoriser leur parcours de vie.

II.1. Le rebond de la retraite

La transition mal vécue de la retraite peut dans de nombreux cas amener les personnes à multiplier les activités à l'extérieur du domicile, qu'elles soient associatives, militantes, citoyennes, sportives, etc. Ce qui paraît important pour les personnes, c'est que ces engagements le soient dans des rôles sociaux valorisés, et le plus souvent en lien avec leur ancienne activité. Nous avons donné l'exemple de Mr T., 78 ans, qui dès les premiers mois de retraite s'est engagé bénévolement dans la fondation de son entreprise pour apporter ces compétences au service d'entreprises étrangères. Cette pratique est courante chez les anciens cadres techniciens ou ingénieurs comme l'a montré Monique Legrand (1990). Il n'est donc pas étonnant qu'elle se retrouve également chez Mr D., 68 ans, qui à la suite de la transition de la retraite, n'avait qu'une envie, celle de retourner sur le terrain, et justifie le rebond qu'il a connu à sa retraite par le manque de compétence de son successeur, comme pour montrer que même à la retraite, il était encore utile : *« A partir du moment où je suis parti à la retraite, j'étais à la maison. Sauf quand je recevais un coup de téléphone de n'importe quel coin du globe pour me dire « est-ce que tu veux pas venir nous aider » ? C'était des gens que j'avais connu dans toutes les missions, donc pendant quoi... deux ou trois ans, j'ai fait encore des voyages, pour assurer le passage de témoin, à celui qui a pris ma place, mais qui était pas encore vraiment au point. Il faut du temps pour savoir travailler avec des chinois, des brésiliens ou des sri lankais. Alors de temps en temps ils avaient besoin de moi »* (entretien n° 9).

Mr J. 79 ans, est l'exemple le plus significatif d'un investissement accru dans ce qui a fait « le sel de sa vie » (Héritier, 2012). Leader syndical du temps de son activité professionnelle, il est également engagé politiquement dans le conseil municipal de la ville de Grenoble, président de l'association des centres de santé, et milite avec sa

femme, pour les droits des femmes, pour le droit à l'avortement et pour le planning familial, les droits des immigrés, la lutte contre les OGM, « *et d'autres encore, mais je m'en souviens pas de tous ! Ah on en a fait des manifs, à Grenoble, à Paris et ailleurs* ». Sa femme, qui n'a pas travaillé, mais qui est elle aussi une militante patentée, dit qu'elle n'a pas senti la retraite de son mari, car « *il a multiplié encore ses engagements militants. Claude, c'est un militant et... c'est un militant quoi ! Y'a rien à faire !* ». Si ces engagements ont pu introduire des tensions dans le couple du fait d'une vie de famille impactée par tant d'investissements, une fois leurs filles parties du domicile et plus encore à la retraite, Mr J. a amplifié son investissement pour ses engagements : « *À la retraite, j'ai regardé de plus près les centres de santé que je le faisais pendant que je travaillais. Je me disais qu'il fallait qu'il y ait une prise de conscience. J'ai fait des conférences de presse pour sensibiliser la population au fait qu'on avait un trésor au niveau social et médical. J'ai fait des conférences de prévention, des réunions citoyennes. Je voulais multiplier les interventions pour faire prendre conscience aux gens de la chance qu'ils avaient de vivre dans une ville avec un tel système. – Question : Vous avez donc pas réduit la voilure au niveau associatif et militant à la retraite ? Mr J. : Ah non, au contraire, j'avais plus de temps, je l'ai consacré à ça* » (entretien n° 11). Et même à 79 ans, lui et sa femme diront avoir du mal à « *laisser tomber. C'est toute notre activité militante, notre réseau de militants, d'élus, tout ça. On a du mal à s'en éloigner* ».

Mr F., 67 ans, qui a quitté contraint son poste de directeur régional au Crédit Foncier, a immédiatement investi son temps et son énergie dans des engagements qui offrent une possibilité de continuité de vie. Cette continuité est pensée par Mr F. au travers d'activités prestigieuses, comme juge de proximité, afin de « *garder une bonne position* ». Durant les cinq premières années de retraite, il est donc juge de proximité et administrateur du PACT – Programme d'Action Contre les Taudis - de l'Isère, qui est une association qui rénove les logements privés. Trésorier de l'association durant sa vie active, il « *monte en grade* » à la retraite pour intégrer le conseil d'administration. Il a également des responsabilités dans la paroisse de son village : « *j'étais déjà engagé et ça s'est affermi ou augmenté on peut dire à partir du moment où j'étais en retraite* ». Le sens donné à ses pratiques et au « rebond » amorcé à la retraite vers une plus grande implication dans des activités extérieures à son domicile sont signifiantes de sa volonté de ne pas connaître un mouvement de repli. La continuité de vie est recherchée, et c'est

en termes de prestige social qu'elle est énoncée : *« À la retraite, je me suis dit qu'il fallait que j'ai des activités. Je pense pouvoir donner quelque chose. La retraite, c'est pas une nouvelle vie parce que je voulais pas que ce soit une nouvelle vie. Je voulais continuer à être celui que j'étais dans mon travail, c'est-à-dire quelqu'un qui... prenne des décisions importantes, quelqu'un qu'on vient solliciter parce que j'ai les compétences pour. Je voulais garder la place qui était la mienne, une place de responsabilités et de décisions. Alors c'est ce que j'ai fait »* (entretien n° 31).

Mr R., 80 ans, à l'inverse des exemples précédents, a totalement désinvesti son ancienne activité professionnelle à partir du moment où la société n'a pas su « récupérer » ses talents et ses compétences. Déçu de sa mise en retraite et en retrait de la vie active et productive, Mr R. situe la réorganisation de son quotidien et de ses activités dans le sens de recherche de nouveaux centres d'intérêt. Il s'essaie ainsi à la peinture et à l'écriture, de romans et de poèmes, pratiques qu'il développera plus encore une fois la transition de la retraite passée. C'est surtout dans un intérêt croissant pour les voyages qu'il explique le maintien d'une activité et d'une ouverture d'esprit. N'ayant que peu voyagé durant sa vie, il achète à la retraite un camping-car et part avec sa femme *« découvrir le monde »* : *« Finalement, on a découvert le monde à 60 ans. Je connaissais quelques coins de France, mais c'est tout. Du coup, on s'est acheté un camping-car, on a fait la France, l'Espagne, le Portugal, après on s'est dit on va traverser l'autre côté, la Tunisie, le Maroc cinq ans de suite, tous les hivers. Entre temps on avait fait un voyage en Égypte. On s'arrêtait plus ! On partait, on rentrait refaire le plein de repos, de valises, et on repartait ! Faut dire qu'on avait jamais voyagé et comme j'avais quand même un travail qui m'avait permis de bien gagner ma vie, et ben on avait les moyens de vivre ça »* (entretien n° 26).

Parfois la stratégie du rebond n'est pas celle privilégiée pour garder une estime de soi et des rôles sociaux valorisés. Les activités ne sont pas toujours orientées vers l'extérieur du domicile. C'est le cas de Mr A., 67 ans, qui à la retraite s'est engagé dans un processus paradoxal : retourner avec amertume vers le travail manuel pour mieux conserver son patrimoine immobilier acquis et ainsi maintenir un standing de vie digne de son ascension sociale et de son parcours de vie. C'est plutôt dans un abandon-sélection que se situent les pratiques sociales de Mr A. à sa retraite. Il choisit alors de délaisser ces anciennes activités commerciales, pour se concentrer sur ce qui a le plus de signification à ses yeux : *« Moi faut que je bouge, faut que je fasse des choses, que*

j'apporte des choses, que je sois sur la place. J'ai arrêté la boîte de mon fils il y a un an, et depuis, je me concentre sur mes biens. Je reviens au travail manuel de base, qui est pas mal non plus, faut pas croire. Je me remets à quelque chose que j'ai déjà fait. Moi j'ai les deux, j'ai les compétences intellectuelles et manuelles alors c'est bien. Et puis ça me permet de m'occuper plus sérieusement de mes appartements, ici à Grenoble et dans le midi. Quand je bossais, bon l'argent des appartements il rentrait, mais je m'en occupais pas trop. Si je veux continuer à bien les louer, faut que je fasse des travaux. – Question : C'est important pour vous de garder ses appartements ? Ce sont vos biens ? Mr A. : Ah bien sûr que c'est important ! J'ai pas fait tout ça pour rien. C'est quand même la preuve que j'ai réussi dans la vie, pas tout le monde a des appartements dans le midi. Et ça rapporte ! Alors bon, tant bien que mal je me remets aux travaux, à la peinture, au placo, tout ça, mais c'est parce que je sais pourquoi je le fais » (entretien n° 30).

Si les premiers temps de la retraite se caractérisent principalement par un rebond, à comprendre comme un investissement amplifié dans des activités qui font sens pour les personnes, car elles permettent une continuité de vie et de ne pas vivre la retraite uniquement sous la forme de pertes, financières, relationnelles ou symboliques, dans les entretiens apparaissent d'autres formes de *déprise*, plus conformes à l'esprit de ce phénomène, qui est une baisse tendancielle du volume d'implication dans des activités. Une fois la transition de la retraite effectuée et que des événements viennent heurter les trajectoires de vieillissement, les personnes choisissent d'abandonner certaines activités pour se recentrer sur celles qui conservent le plus de sens pour eux.

II.2. Choix et sélection des activités

Lorsqu'apparaissent des troubles de santé qui menacent le périmètre des activités pratiquées et des relations sociales, les personnes font des choix qui témoignent de ce qui est privilégié dans leur trajectoire de vieillissement. Mme B., 73 ans, a décidé depuis l'apparition de troubles de la mémoire d'abandonner sa pratique du bridge avec un groupe d'amis. La crainte de ne pas se souvenir de toutes les conventions et de toutes les règles et d'exposer ses déficiences est la raison qu'elle invoque pour justifier cet arrêt soudain. Pour continuer à faire fonctionner ses capacités intellectuelles, elle s'est rabattue, avec d'autres amis, sur le jeu de tarot, moins compliqué, mais qui permet de continuer à jouer aux cartes. Comme c'est le cas dans quasiment tous les entretiens

mobilisés dans ce chapitre, elle précise immédiatement, comme pour compenser ses propos sur une expérience douloureuse, de perte, qu'elle s'est achetée une tablette tactile, et qu'elle n'est pas peu fière de savoir se servir de cet appareil, ce qui n'est pas fréquent chez les personnes âgées. Savoir se servir de cette technologie est pour elle un élément qui permet de minimiser les conséquences de l'apparition de la maladie d'Alzheimer sur l'expérience de son vieillissement en mettant en scène ses capacités intellectuelles.

Mr R., 80 ans, dont on a vu qu'il multipliait les voyages avec sa femme dans les premiers temps de la retraite, a réduit avec l'avancée en âge les distances et le mode de transport. Fini le camping-car, garé devant la maison depuis près de 10 ans, les voyages se font moins fréquents, moins longs et en voiture. Pour ce qui concerne ses activités quotidiennes, Mr R. a lui aussi opté pour des activités qui valorisent ses compétences intellectuelles depuis qu'il a été diagnostiqué Alzheimer. Le conseil d'une amie avec qui il marche deux fois par semaine pour faire travailler son cœur depuis un infarctus a été pour lui une « révélation » comme il le dira. Cette dame rencontrée dans un club de marche permet d'avoir des relations sociales qui témoignent de la recherche d'un entre-soi (Maurin, 2004) : *« Cette dame avec qui je marche j'aime bien parce qu'elle est cultivée, on peut avoir des conversations, elle a les mêmes centres d'intérêt que moi. On parle humanité, politique, on parle de trucs comme ça. Et au début que je marchais avec elle, on parlait de poèmes. Elle faisait des poèmes, elle me les faisait lire. Elle disait que ça faisait du bien à la tête, que ça permet de rester actif intellectuellement. C'est tout ce qu'il me fallait ! Je me suis dit « tiens, c'est pas con », du coup je m'y suis mis, j'en ai fait 350 ou 400 je sais plus. Et puis elle m'a dit « tu devrais écrire des livres ». Écrire moi ? Ben, j'ai essayé et puis j'y ai pris goût, j'en ai écrit 4 et maintenant je pourrais pas ne pas écrire »* (entretien n° 26). Plus tard il dira que ce n'est pas donné à tout le monde d'écrire 400 poèmes et 4 livres à 80 ans, orientant la focale sur ce qu'il fait encore et non sur ce qu'il ne peut plus faire, comme cela est récurrent chez les personnes interrogées.

D'autres ont plus de difficultés à couper le lien avec l'ancien métier, même lorsque la retraite est déjà une transition ancienne. Ce lien est réactivé à partir du moment où ce qu'ils considèrent comme un événement central de leur trajectoire de vieillissement vient remettre en question une seconde fois l'image que la personne renvoie à elle-même et aux autres. Mr D., 68 ans, qui n'a pas caché son angoisse durant l'entretien face à ses troubles de mémoire, bien qu'il ne soit pas diagnostiqué

Alzheimer, essaie de se valoriser plus que ne peux le faire sa femme lorsqu'elle prend la parole durant l'entretien : « - *Question : Justement, vous parlez de vos activités. Comment vous occupez vos journées à la retraite ? Mme D., [qui devance son mari] : Oh ben il faut dire qu'ici il y a de quoi faire, il y a 1500 m² de terrain à entretenir, la piscine à nettoyer, le karcher à passer sur la terrasse. [Mr D. coupe sa femme et prend la parole] Mr D. : Là, le chalet à côté de la piscine c'est moi qui l'ai fait. Je me suis amusé à le dessiner sur l'ordinateur, toutes les pièces ont été dessinées sur l'ordinateur, redimensionnées, tout ça. Après j'avais plus qu'à faire. Comme quand j'étais au travail, j'ai encore des logiciels tout ça. C'est bien, ça me maintient. Et puis sinon, je fais du vélo, des tours de 50 kilomètres, je fais encore des cols » (entretien n° 9).*

L'analyse des entretiens semi-directifs met en lumière un même mode de réponses de la part des personnes dont l'expérience du vieillissement est vécue comme une potentielle régression sociale : chaque fait qui les fragilise, chaque événement porteur de potentiels désordres futurs est suivi de passages lors desquels les individus mettent en avant leur désirabilité sociale et leur utilité sociale afin de se présenter sous un jour favorable (Cambon, 2006) et de se tenir à distance des institutions qui prennent en charge les problèmes de la vieillesse. Cette image de soi est instructive des représentations qui structurent l'expérience vécue du vieillissement : l'un des enjeux du processus d'entretien a été de parvenir à dépasser les manifestations personnelles d'une conformité aux attentes institutionnelles en discréditant les programmes d'action de prévention, qui renvoient les individus à leur propre « chute » sociale tant appréhendée.

III. Pratiques préventives et non-adhésion aux programmes d'action

Cette volonté de ne pas « lâcher » qui s'exprime dans la *déprise* se retrouve également dans les comportements et les modes de vie des individus. Pour résister au déclassement social et ne pas intégrer la *carrière* du dépendant, les individus rationalisent leurs comportements en mettant en place des pratiques alimentaires, physiques ou encore médicamenteuses à même de leur faire conserver une bonne image d'eux-mêmes et de leur positionnement social.

Ces pratiques préventives développées au quotidien ne sont pas présentées dans les propos comme une révérence envers l'attente institutionnelle de responsabilité, de

prise en charge individuelle pour bien vieillir. Cette projection dans un futur heureux apparaît comme impensée et unimaginable. Le fait que l'on retrouve dans le discours de la politique de prévention et dans ceux des personnes interrogées des proximités fortes, par la mise en valeur des notions de responsabilités individuelles face à sa santé, d'activités ou encore d'autonomie ne doit pas être compris en lien avec une volonté de réussir son vieillissement. Comme dans le cas des personnes qui disent vivre leur vieillissement sur un mode positif, d'apprentissages et de socialisation, les pratiques préventives ne sont pas pensées pour réduire les risques d'avoir à faire face à des problèmes de santé avec l'avancée en âge. Pour les personnes interrogées ici, il est impossible de prévoir ce qui va arriver dans un futur plus ou moins proche. Bien manger, faire du sport, se soigner prioritairement par les plantes ou des techniques alternatives à la médecine classique et plus globalement tout ce qui peut être assimilé à des pratiques préventives et des comportements sains sont des marqueurs sociaux qui leur permettent de continuer à s'identifier dans une position sociale élevée. Détailler ce qui est mis en place au quotidien pour prendre en charge sa santé est un atout de plus utilisé par les personnes durant les entretiens pour mettre la focale sur ce qui les valorise, et pour mieux cacher leurs fragilités et leurs angoisses du futur. Le passé, largement convoqué pour rappeler les parcours de vie qui les ont menés haut dans la hiérarchie sociale, laisse alors la place à la mise en lumière de ce qui dans le présent est installé, récurrent et consciemment maintenu.

Si nous affirmons que les comportements et modes de vie discutés ne sont pas une révérence envers l'attente institutionnelle de bien vieillir, c'est tout d'abord, car les personnes ne peuvent répondre positivement à cette perspective. Vieillir c'est forcément perdre de son prestige social, et les documents qu'elles reçoivent, les affiches qu'elles aperçoivent et les programmes de prévention proposés font que cette injonction est vécue comme une confrontation à leur propre « mal vieillir ». Celles et ceux qui ont suivi des ateliers du bien vieillir ou des programmes de prévention en parlent comme d'un moment douloureux, car cela les place face à leurs troubles physiques ou psychiques qu'ils s'évertuent au quotidien à minimiser et à cacher aux regards des autres.

III.1. Les pratiques préventives, un marqueur social

L'exemple le plus significatif de cette proximité entre discours de la prévention, comme on peut par exemple le retrouver dans le PNBV, et discours et pratiques profanes est sans nul doute celui de Mr J., 79 ans. De par ses engagements militants, il a œuvré à la diffusion d'un discours qui place la responsabilité et le comportement individuel comme valeurs cardinales des parcours de vie : *« Au niveau des centres de santé, l'idée c'était d'aider les gens à prendre en charge leur santé. C'était surtout ça notre but, c'était qu'ils commencent à prendre en charge sérieusement leur santé et non pas d'aller consulter quand c'est trop grave »*. C'est vers les populations immigrées du quartier de la Villeneuve où il habite qu'il dirigeait essentiellement les réunions de prévention en matière de santé. Leurs missions pédagogiques visaient également à inciter la population à adopter des comportements raisonnables dans leur vie privée et à s'ouvrir aux autres dans leur vie sociale. On retrouve ici les prescriptions en termes de comportements, de participation sociale, d'alimentation saine contenue dans la politique du bien vieillir : *« Je faisais jusqu'en 2011 des réunions de prévention sur différents problèmes, et il y avait pas mal de participants qui venaient. Ça a permis aux centres de santé d'avoir un type de relations qui soit plus approfondi que la relation avec un médecin professionnel, qui lui traite non pas la totalité, mais juste le problème qu'on lui pose au moment déterminé. On a fait des trucs sur le cancer du sein, sur d'autres problèmes très spécifiques, dans une visée pédagogique, et surtout pour aborder le problème différemment quoi. Il ne faut pas attendre du médecin qu'il fasse tout. Donc on faisait des sortes de conférences de prévention, pour aider les gens à comprendre l'importance de leurs choix, de leur implication dans leur propre santé »* (entretien n° 11).

Lorsqu'est abordée la question de sa propre santé, le discours ne change pas. Il est important pour Mr J. de montrer qu'il met en application chaque jour ce qu'il préconise pour les autres. Le seul bémol qu'il relève dans cette prise en charge de sa santé réside dans le fait que malgré tout, des problèmes de santé peuvent se développer. Avoir un mode de consommation et plus largement un mode de vie responsable ne garantit rien, et cette incertitude peut aussi être un élément de plus dans la compréhension de l'expérience vécue du vieillissement : *« Ma santé, je la prends en charge... C'est-à-dire que je suis conscient des problèmes que je peux avoir et je cherche simplement à me protéger, à évoluer, à limiter les dégâts. Il ne faut surtout pas*

attendre du médecin qu'il fasse tout, je crois qu'au niveau de la personne c'est important de se prendre en charge, d'être responsable. C'est comme ça qu'on a élevé nos enfants. Être responsable, c'est faire des choix. Faut être conscient des choix qu'on fait. Malheureusement, ça n'empêche pas de perdre des facultés. Dans la vie, on peut pas toujours tout maîtriser » (entretien n° 11).

Le mode de consommation, le mode de médication ou encore les activités physiques poursuivies, comme la marche par exemple ne sont ainsi pas justifiés par le projet de réussir son vieillissement, car il est impossible de prévenir ce qui peut arriver dans un futur plus ou moins proche. Pour Mme C., 69 ans et Mr F., 67 ans, le futur est laissé au bon vouloir du « bon dieu ». C'est le présent qui importe et qui doit être vécu de façon responsable, sans en attendre des bénéfices futurs. Pour Mme C., encore endeuillée du décès de son frère survenu trois mois avant notre entretien, c'est le bon dieu qui décide. Son frère, balayé par un cancer en moins de 6 mois à l'âge de 60 ans, est pour elle l'exemple malheureux qu'une hygiène de vie irréprochable n'éloigne pas des maladies : *« Je vis au jour le jour et je me dis « arrivera ce qui arrivera ». J'ai toujours eu de la chance dans ma vie. Faut dire que le bon dieu m'a toujours protégé, en quoi que ce soit, et je pense qu'il va m'aider jusqu'au bout. Alors je me dis, je vis au jour le jour et arrive ce qui arrive. Ce que j'ai, j'en ai besoin pour vivre, et il faut toujours garder une poire pour sa soif. Parce que tout peut arriver d'un moment à l'autre. J'avais du diabète, je fais attention, je mange plus rien de sucré. Mais on a beau prévenir, tout bien faire pour que la suite se passe bien, on est sûr de rien. Tout peut arriver. [silence] Mon frère en même pas 6 mois... [pleurs] » (entretien n° 27).*

Faire attention à son alimentation, à sa consommation d'alcool, faire de l'activité physique ou encore choisir de se soigner différemment de ce que propose le médecin relève d'une volonté d'afficher un sens aigu de la responsabilité. C'est la continuité de vie qui est à l'œuvre, pour ces personnes qui ont eu des responsabilités dans leur vie active. Rester responsable de ses actes dans la vieillesse, c'est se prouver à soi-même qu'on ne déroge pas à son statut social. Mr T., 78 ans, met d'autant plus en avant son mode de consommation depuis qu'il vit en fauteuil roulant, du fait de la dyskinésie : *« C'est pas parce que je suis en fauteuil que je vais faire n'importe quoi, que je vais me laisser aller. Non non, je continue comme toujours. Je mange les plats de ma femme qui a toujours cuisiné de façon équilibré. C'est faux de dire qu'on est plus responsable parce qu'on est malade. On peut être malade et avoir des responsabilités très élevées,*

regardez Mitterand. Ma maladie, ça change rien au fait qu'il faut que je continue comme avant » (entretien n° 24). La formule « il faut », qui revient dans de nombreux entretiens lorsque sont évoqués les comportements en matière d'alimentation, de santé, etc., ne marque pas l'injonction à la responsabilité et au bien vieillir, mais une façon de montrer qu'il est nécessaire de ne rien changer dans son mode de vie pour se sentir toujours appartenir à une classe sociale enviée.

De nombreuses études ont montré que le mode de médication est pour les personnes les plus aisées un moyen de se différencier socialement (Vetel, 1996 ; Collin, 2002). Sur les 11 personnes interrogées, 8 d'entre elles disent « *aller voir ce qui est proposé à côté de la médecine classique* » (entretien n° 5). Se soigner par les plantes, par l'homéopathie est une pratique socialement marquée : « *se bourrer de médicaments* », comme le dit Mr F. est une pratique plutôt conçue comme populaire et de laquelle ils souhaitent se démarquer. Mr D., 68 ans, comme Mr R., 80 ans, ou encore Mr T., 78 ans, iront jusqu'à poser sur la table durant l'entretien les boîtes de gélules aux plantes ou encore les boîtes d'homéopathie qu'ils utilisent, comme pour prouver que dans leur trajectoire de vieillissement, ils utilisent leur liberté de choix dans leur mode de traitement. Mr R., 80 ans, détaille toutes les activités quotidiennes qui pourraient le faire passer pour le chantre de la prévention : « *Le matin, je fais du vélo pendant une demi-heure, essentiellement du stretching, des étirements, un peu de vélo d'appartement, pour réveiller le corps et m'entretenir un peu. Deux après-midi par semaine, je vais marcher quatre ou cinq heures avec mon amie. [...] Et on continue la médecine parallèle, tous les soirs. Mon médecin il me traite pas pour la mémoire, on m'a pas proposé de remèdes, alors j'ai cherché par moi-même. En cherchant un peu dans les plantes, c'est vrai que ça a des vertus intéressantes, comme le gingko biloba, pour la mémoire, c'est très bien. C'est comme les ailes de requins, pour les articulations, ça marche super. Moi je sens que ça me fais du bien. Les médecins, les neurologues, ils soignent la douleur, mais pas le mal. La médecine parallèle, ça fait du bien* » (entretien n° 26). Se placer en tant qu'expert de son propre corps permet encore et toujours de valoriser des compétences au centre du bien vieillir : un « bon usage des médicaments », c'est en partie une automédication qui passe par des techniques différentes que celles imposées par les prescriptions médicales. Mr D., 68 ans, fait passer ses connaissances médicales avant les prescriptions de son médecin traitant : « *C'est d'abord nous qui gérons notre santé. Avant, chez le médecin j'y allais jamais.*

Rien que de le voir, ça me rend malade ! On a pas trop confiance en la médecine chimique. On se soigne beaucoup par homéopathie avec ma femme. Pour les vaccins, c'est pareil, on se fait plus vacciner. Depuis le H1N1, on se fait plus vacciner contre la grippe, maintenant on prend granufitol et ça marche très très très bien. Cet hiver, on a eu aucun rhume, aucune grippe, à 70 ans, faut le faire quand même. – Question : Vous ressentez des bénéfices à vous soigner de cette façon-là ? Mr D. : Oui oui, au niveau des plantes tout ça, oui. On se soigne mieux que ce que le médecin nous dit de faire, c'est sûr » (entretien n° 9).

Cette culture préventive que l'on retrouve dans les pratiques des individus qui font de leur positionnement social un facteur déterminant de leur parcours de vie n'est cependant pas issue d'une allégeance au discours socialement produit de la prévention dans le vieillissement. Bien au contraire, les individus essaient au maximum de se mettre à distance d'une culture préventive imposée « par le haut » : ils n'ont pas besoin d'une injonction à l'adoption de comportements vertueux, car ils les mettent en place par eux-mêmes. Mais la raison principale à la non-adhésion aux principes et aux contenus des programmes d'action semble résider dans la stigmatisation que ces derniers opèrent, et qui réduit à néant les efforts quotidiens pour ne pas vivre leur vieillissement sur le mode de la déqualification et de la stigmatisation.

III.2. Prévention et stigmatisation

Si le discours tenu par les personnes dont nous analysons les propos dans ce chapitre va dans le sens des injonctions au bien vieillir, le rapprochement avec la politique de prévention s'arrête net dès lors que les individus abordent le sujet des ateliers du bien vieillir, pour celles et ceux qui ont participé à des programmes de prévention. Toutes et tous n'ont pas participé à ces ateliers, mais chacun a reçu et reçoit des documents d'informations sur le bien vieillir de la part de leur caisse de retraite ou de leur municipalité.

Comme cela a été relevé dans des enquêtes sur la prévention des conduites à risque juvéniles (Peretti-Watel, 2010) ou sur les politiques de prévention de l'obésité par exemple (Poulain, 2001), les politiques de prévention et les programmes d'action mis en place au plus près des populations concernées peuvent être reçus par les publics cibles, ou par une partie d'entre eux comme des instances et des lieux de stigmatisation. Lorsque les personnes ont le sentiment de ne pouvoir atteindre les objectifs fixés par les

politiques de prévention – en ce qui nous concerne, « réussir » son vieillissement » - et de vivre le vieillissement comme un déclassement social, les conseils donnés, les ateliers proposés, les actions développées sont contre-productives, car elles mettent les individus face à leur situation et leur impossibilité de « bien vieillir ». Mr R., 80 ans, qui a participé à deux ateliers du bien vieillir, un sur la mémoire et un sur la prévention des chutes dans le vieillissement, est celui qui exprime le mieux la stigmatisation ressentie : *« On a reçu par la mairie des papiers, si on voulait s'inscrire, c'est des ateliers mémoire pour bien vieillir. Je suis allé pendant 2 mois, tous les vendredis. Mais ça m'a pas apporté grand-chose. D'ailleurs j'en ai fait part à la dame qui animait ça. Elle fait des listes de mots « chat, lapin, chaise, table », et puis il fallait mettre en face des mots correspondants. Lapin – carotte. Enfin... Bon... On a fait ça et clac, clac, elle a rangé ses trucs, merci et au revoir. On a pas eu de retour, rien. On sait toujours pas à quoi ça nous a servi. Moi je vous dis ça m'a servi à rien, strictement à rien. Je crois qu'ils se rendent pas compte, mais on repart encore plus mal de ce genre d'ateliers. Parce qu'on se fait signifier devant tous les autres qu'on a des déficiences. C'est pas très malin. Je suis pas le seul à l'avoir ressenti comme ça, on se sent... comment dire... – Question : Stigmatisé ? Mr R. : Oui, c'est quelque chose de cet ordre. En fait, c'est de se faire signifier au grand public quelque chose de personnel et qu'on sait déjà. Donc c'est néfaste, vraiment »* (entretien n° 26).

Là où les individus recherchent une valorisation de soi, les programmes d'action sont pensés comme producteurs de son inverse, d'une stigmatisation aux yeux de tous les autres participants. Nous avons précisé plus haut que les personnes, dans les entretiens, comme dans leur quotidien, usent de stratégies pour minimiser l'impact d'événements négatifs qui surviennent dans leur trajectoire de vieillissement, quand elles ne cherchent pas à le cacher à leur entourage. Ces ateliers collectifs paraissent ruiner ces efforts en mettant sur la scène sociale quelque chose que les individus s'évertuent à confiner à leur seule scène privée. Les individus font alors ressortir les effets pervers des ateliers du bien vieillir.

Mme G., 84 ans, s'est inscrite à contre-cœur au programme Atoo proposé par la Carsat Rhône-Alpes. À la suite d'un bilan de santé qui a confirmé les soupçons d'apparitions de troubles de la mémoire, les enfants de Mme G. ont insisté pour qu'elle suive ce programme de prévention personnalisé. Mme G. n'a pas donné suite aux deux premières étapes, qui n'ont fait selon elle que remuer le couteau dans la plaie : *« Leur*

truc là, déjà on m'avait forcé, moi je voulais pas. Pour quoi faire ? Et ben j'avais raison. Parce que le premier rendez-vous, on vous pose les mêmes questions qu'avant, on vous fait des tests qui sont plus ou moins pareil. Et le deuxième rendez-vous, c'était pour me dire que oui, j'avais un début de la maladie, et que donc il fallait que je fasse des exercices pour travailler ma mémoire pour bien vieillir, et ceci et cela. Alors déjà, cette dame elle était bien gentille, mais elle m'a rien appris du tout, parce que je savais déjà. Donc aller la voir pour qu'elle me répète ça... Faut comprendre la logique hein. Et puis, j'ai pas besoin d'eux, j'ai pas besoin qu'on me prenne par la main et qu'on me dise « il faut faire ci et ça ». Non, mais vraiment... Moi je la fais travailler toute seule ma mémoire, j'ai pas besoin d'eux » (entretien n° 36).

Mr D., 68 ans, dit lui aussi être très mécontent de recevoir des prospectus dans sa boîte aux lettres, qui ne font que rappeler ce qu'il sait déjà, c'est-à-dire qu'il est « condamné » à vieillir avec cette maladie comme il le dira. Ces documents ont des effets néfastes sur son combat quotidien pour penser à autre chose, parler d'autre chose pour instaurer une certaine continuité de vie : *« Depuis que j'ai été voir le médecin généraliste, le neurologue et tout ça, je reçois des tas de journaux, de papiers pour des ateliers, tout un tas de trucs. Alors certains journaux qui écrivent « vous avez Alzheimer, vous êtes foutu », c'est pas écrit comme ça, mais... ça veut dire ça. À côté, on reçoit des papiers, « venez participer à nos ateliers pour la prévention de la maladie ». [...] Là, sur un des derniers « santé magazine » qu'on a reçu, le grand titre c'était « entre le marteau et l'enclume », ça veut bien dire ce que ça veut dire. Tu passes là-dedans, tu ressorts pas, t'es broyé » (entretien n° 9).*

Les informations multiples et parfois comprises comme contradictoires par Mr D. à propos de ce qu'il s'évertue à « oublier » pour vivre son quotidien le replonge dans le déclassement social tant craint. Les termes « broyer », « foutu », renvoient à un déclin inéluctable. Comment alors pouvoir concevoir son vieillissement sur une note positive ?

Mr A., a une réponse qui reviendra dans la majorité des propos de celles et ceux qui n'ont jamais participé à des programmes de prévention : il est inconcevable de participer à des ateliers du bien vieillir, car participer à ce genre d'ateliers est synonyme de chute, de décadence et d'ébranlement de son rapport à soi et à son vieillissement : *« Honnêtement, ça fait quoi, tout juste une heure qu'on discute tous les deux. Vous m'imaginez, moi, aller à ces trucs ? – Question : Pour quelles raisons vous ne souhaitez pas y aller ? Mr A. : Moi je me suis construit tout seul, c'est pas pour qu'à la retraite, on me dise ce que je dois faire. Et je suis pas vieux, merde. Même dans la merde j'irai pas à leur truc, ça me tuerait de devoir aller entendre des gens me dire ce*

que je dois faire. Ça doit être dégradant, j'imagine même pas. – Question : Vous me dites que vous recevez ce genre de courrier ? Mr A. : Ben oui, depuis que je suis à la retraite. Ils sont malins, ils enfoncent le clou. Déjà que ça m'enchanté pas la retraite, mais en plus, recevoir des papiers pour aller apprendre à vieillir. Ça fout un coup sur le casque » (entretien n° 30).

Conclusion

« Là dans la maison, j'ai du travail manuel à faire, je me donne cinq ans pour tout remettre à neuf ici. Après, si dans cinq ans c'est trop fatigant de tondre le jardin, on partira. Je me donne cinq ans pour faire du boulot ici, jusqu'à 72 ans, et après je me dis que j'achèterai un appartement dans un immeuble, au dernier étage » (entretien n° 30). Le symbole contenu dans la dernière phrase prononcée par Mr A. est typique de la volonté exprimée par les individus de maintenir dans la vieillesse une place sociale enviée, glanée lors d'une vie active que toutes et tous estiment comme extrêmement satisfaisante. Mr A., qui précise vouloir acheter un appartement au dernier étage d'un immeuble, parle inconsciemment de ce qu'il considère être la place qui lui revient, tout en haut de la hiérarchie sociale.

Les personnes qui ont connu une mobilité sociale ascendante dans leur vie professionnelle considèrent le vieillissement comme porteur d'atteintes à un statut social qu'elles souhaitent avant tout conserver. La retraite est en ce sens le premier événement de la trajectoire de vieillissement qui remet en cause cette place sociale, tant elle entraîne une diminution drastique de l'activité, des relations et des réseaux professionnels denses qui sont le témoin de leur carrière professionnelle vécue comme une véritable réussite. L'importance de la logique de l'honneur mise à jour par Philippe d'Iribarne (1989) dans ses travaux sur les relations professionnelles en France s'exprime d'une manière forte dans les propos des personnes interrogées sur leur relation à leur trajectoire de vieillissement. Tous les entretiens mettent en lumière l'importance de cette logique dans les expériences vécues.

C'est en effet cette logique de l'honneur qui permet de comprendre la distance que les individus veulent maintenir avec les catégories du vieillissement et la *carrière* institutionnalisée de la dépendance. Tout est mis en œuvre, dans les stratégies de

déprise comme dans les comportements et mode de vie qui structurent le quotidien, pour justifier de leur non installation dans la *carrière* morale du retraité, puis plus tard dans la vieillesse, dans celle de la dépendance, qui représente un stade de l'avancée en âge qu'ils ne veulent pas connaître, tant cette dépendance entraînerait une irréversible chute sociale.

Ce qui pourrait être pensé comme un paradoxe est exprimé par les individus comme une stratégie de sauvegarde de leur prestige social : le fait de mettre en avant des comportements sains, un mode de vie raisonnable et des modes de consommation réfléchis ne fait pas d'eux des promoteurs de la politique de prévention et des injonctions au bien vieillir. C'est parce qu'ils ne peuvent raisonnablement pas atteindre cette attente sociale de « réussir son vieillissement » qu'ils se placent dans un registre d'action qui valorise leur rapport à eux-mêmes et qu'ils dénigrent tout ce qui peut leur rappeler leurs fragilités et qui les déconsidèrent, à leurs propres yeux et surtout aux yeux des autres. En ce sens, les programmes d'action proposés par les acteurs qui font le joint entre l'élaboration par le haut des politiques de prévention dans le vieillissement et la réception par les publics sont porteurs d'effets pervers lorsqu'ils s'adressent à des personnes qui souhaitent avant tout se voir valoriser dans leur trajectoire de vieillissement.

Conclusion

L'objectif de cette thèse était de questionner les expériences individuelles du vieillissement dans un contexte de structuration d'une politique de prévention. Les évolutions successives du cadre politique et étatique visent continuellement à redéfinir la vieillesse et sa place dans la société. C'est d'abord en questionnant le sens de l'élaboration de la politique de prévention en vue de « bien vieillir » que nous avons souhaité mettre à jour la production sociale d'un discours normatifs sur les parcours du vieillir. En effet, l'action gérontologique publique génère tout autant « *des principes institutionnalisés de vision et de division du monde social* » (Gucher, 2012b), que des catégories d'intervention publique. En ce sens, les politiques publiques forment un ensemble de déterminations qui s'inscrivent en amont des existences et de leurs méandres.

La question qui a alors traversé, de manière sous-jacente, l'ensemble de la réflexion pourrait se résumer ainsi : qu'est-ce que la prévention et le « bien vieillir » nous donnent à voir de la société dans laquelle nous vivons ? Le cadre d'analyse, interactionniste et pragmatique, a rendu possible la mise à jour d'une sorte de liste d'acteurs à la Prévert. Des acteurs politiques tout d'abord, qui ont participé à la mise sur l'agenda gouvernemental d'une nouvelle forme de problématisation de la vieillesse. Le projet politique est porteur de sens et cherche à prescrire certains comportements et à en proscrire d'autres, délimitant ainsi le devenir social des individus : alors que depuis la fin du 20^{ème} siècle, l'intervention publique institutionnalisait la dépendance comme un « champ des possibles » de la vieillesse et du vieillissement, l'orientation politique a ouvert la voie à une possibilité plus agréable et à une vision plus positive du vieillissement, en incitant les personnes vieillissantes à adopter des comportements à même de les faire tendre vers un « vieillissement réussi ».

Dans cette tentative de définitions des pratiques et des modes de vie de la vieillesse, les institutions étatiques, qui s'appuient notamment sur des arguments scientifiques, ont positionné des acteurs particuliers pour développer ce projet politique dans des dispositifs d'action censés toucher directement les personnes âgées. Dans le mouvement de constitution de *carrières* institutionnelles autour de la dépendance – la prévention venant en amont –, s'est jouée la réorientation des acteurs traditionnels qui ont accompagné les politiques de la vieillesse et leurs évolutions. Les caisses de retraite du régime général et les caisses de retraite complémentaire, qui avaient participé à l'expérimentation de la prestation dépendance puis à la structuration de services pour les

premières et à la politique des modes de vie et à « l'invention du troisième âge » pour les secondes, se sont vues signifier le déplacement de leurs actions vers une cible nouvelle, constituée par les personnes pas encore dépendantes.

Nous avons alors mis en évidence qu'au-delà du mouvement de construction du champ de la prévention de la dépendance dont elles sont les têtes de pont, les caisses de retraite, *via* leurs départements d'action sociale, effectuent une opération de redéfinition des cibles de la politique de prévention, en orientant vers les plus « fragiles » la réception de cette politique publique. La fragilité n'est pas définie au travers du seul critère classique de l'action sociale qu'est le niveau de ressources économiques et financières, mais comme la conséquence de parcours de vieillissement chaotiques, impactés par des troubles qui peuvent être multiples : problèmes de santé, isolement, absence de participation sociale... Il ne s'agit alors plus d'assister la personne en difficulté, mais de la rendre apte, par des dispositifs de « formation », à appréhender les difficultés qui surviennent au cours de l'avancée en âge et à adopter un mode de vie de classes sociales supérieures.

La lecture foucaldienne en termes de gouvernement des corps nous permet de mettre en lumière que le discours de la prévention, tout autant que les programmes d'actions développés par les opérateurs de l'action sociale recherchent un encadrement et une sécurisation des parcours individuels de vieillissement, par la production de normes contemporaines de vieillissement. Les ateliers du bien vieillir, les conférences et les multiples programmes proposés aux personnes âgées sont ce que Foucault nomme « *des dispositifs de sécurité* » qui visent à normaliser les comportements et les pratiques sociales des personnes vieillissantes. Cette intrusion du pouvoir prend comme appui les parcours de vie des individus et se donne comme mission de contribuer à façonner un homme nouveau, capable de changer ses habitudes de vie, de s'adapter aux conséquences d'événements impactant négativement sa vie pour devenir un expert du « bien vieillir ». Les opérateurs du « bien vieillir », afin de normaliser et sécuriser les parcours de vie, se centrent cependant sur les événements du présent des individus, qui peuvent introduire des difficultés dans la vie quotidienne et menacer la bonne conduite du futur : décès du conjoint, apparitions de troubles de santé, retrait de la vie collective et sociale, participation très faible à la vie sociale, etc.

Cette « bio-politique » à l'œuvre dans le vieillissement cherche « à individualiser autant que possible les responsabilités »¹¹³. Cependant, la mise en confrontation du discours des personnes âgées et du discours de la prévention montre l'écart qui existe entre celles et ceux qui vivent la vieillesse et ceux qui la traitent et tentent de la prendre en charge. Cette thèse révèle les limites de la politique de prévention et des programmes qui préconisent de « bien vieillir ». L'analyse qualitative a mis en évidence le fait que, dans leurs discours, les individus insistent sur l'importance de leur parcours de vie sur leurs expériences des trajectoires de vieillissement. Là où la prévention s'intéresse à la trajectoire de vieillissement et aux événements qui la ponctuent et ancre les actions dans le présent de la vie des personnes âgées, ces dernières parlent de leur parcours de vie en fonction des trajectoires qui la composent : trajectoire professionnelle, trajectoire de santé, trajectoire affective, etc. Conformément à la pensée pionnière du philosophe Michel Philibert (Gucher, 2009) sur le vieillissement, le vieillissement apparaît dans cette enquête comme un temps de maturation, lors duquel les individus relisent leur passé, à la faveur des événements centraux de leur parcours de vie et de l'idée qu'ils se font de leur futur.

Une sociologie des parcours de vie met en exergue un élément central : l'expérience du vieillissement est éminemment dépendante de l'inscription dans des classes sociales particulières. L'ancrage social est apparu comme fortement discriminant des pratiques quotidiennes, des modes de vie, des capacités et des compétences mobilisées et mobilisables, tout autant que des perceptions des parcours de vie et des trajectoires de vieillissement. Des périodes de socialisation et d'éducation en passant par les carrières professionnelles et les événements pensés comme majeurs par les individus, le parcours de vie influe fortement sur l'appréciation portée sur son existence, sur la façon de penser et vivre le présent et sur la projection dans un futur plus ou moins proche.

¹¹³ Ce dessein n'est pas nouveau, mais est devenu effectif à partir du moment où s'est développée et institutionnalisée une politique de prévention dans le vieillissement. En 1983, lors des assises nationales des retraités et personnes âgées, le président de la République François Mitterrand proposait déjà de responsabiliser les personnes âgées, sous couvert de valoriser leurs capacités restantes : « *Je voudrais situer ces assises nationales dans le grand mouvement de l'Histoire qui aura fait émerger un groupe d'hommes et de femmes, toujours plus haut dans l'échelle des âges... À la tentation d'institutionnaliser la vieillesse, à la logique de l'assistance, il faudra aussi résister pour parvenir à individualiser autant que possible les responsabilités* ». Le discours et les mots choisis renvoient à l'extrait de l'article de la secrétaire d'État aux personnes âgées que nous avons mis en exergue dans l'introduction de ce travail.

L'approche interactionniste a permis de mettre à jour diverses manières de se situer face à la norme contemporaine du vieillissement réussi : « *l'analyse interactionniste porte prioritairement sur les points de vue des acteurs, et plus encore sur les croisements de ces points de vue, qui procèdent de la négociation des significations et des normativités* » (Demazière, Guignon et Morrissette, 2011 : 1). Le rapport aux normes est très hétérogène, et l'analyse couplée de la production d'une culture normative de la prévention dans le vieillissement et des entretiens réalisés auprès des personnes âgées tend à faire penser que la prévention instituée est une prévention de classe. Là où Lenoir (1979) avait analysé le « troisième âge » par la question des modes de vie des classes moyennes qui étaient érigés en norme pour s'imposer progressivement à l'ensemble des personnes âgées, la politique de prévention paraît reposer sur une injonction à des modes de vie des classes sociales supérieures. Les pratiques sociales valorisées dans le PNBV notamment sont majoritairement celles de classes aisées. Il est donc logique que l'on retrouve dans les propos et dans les pratiques des personnes interrogées des rapports différenciés à son propre vieillissement et aux normes contenues dans la politique de prévention.

Pour un certain nombre d'individus tout d'abord, l'expérience du vieillissement se traduit par une installation dans la *carrière* morale du dépendant et une projection impossible dans un « vieillissement réussi ». Les entretiens regorgent de références à une position sociale qui ne favorisent pas des carrières professionnelles épanouissantes, mais qui surtout, ont impacté négativement leur capital santé. Le vieillissement se vit alors à l'aune d'un corps meurtri, à l'aune des incapacités et des impossibilités à vivre la vieillesse comme un nouveau temps de la vie. Les individus mobilisent alors un discours « de classe », émaillé de références à leurs vies d'ouvriers. Leur vie passée, comme leur trajectoire de vieillissement, sont vécues et pensées dans un rapport de domination qui rend inaudible chez eux le discours de la prévention. Ces individus, pour qui « bien vieillir » est un contresens ou un non sens, ont pour certains connus un parcours migratoire dans les vingt premières années de leur vie, fuyant des conditions de vie difficiles pour venir travailler en France dans des conditions qu'ils n'avaient pas anticipées. Immigrés ou non, toutes et tous appartiennent – et le revendiquent – à des milieux modestes, sont peu ou pas diplômés et ont essentiellement occupé des emplois d'exécution. Ils disent ne pas pouvoir « jouer le jeu » du bien vieillir, car ils ont en réalité beaucoup de ressentiment envers les institutions et les gouvernants, qui n'ont rien

fait pour eux durant leur vie active, et qui leur demandent dans leur vieillesse de changer leurs comportements et leur mode de vie. Leur discours porte la marque de ce ressenti, riche en contestations et en revendications.

Pour d'autres personnes en revanche, l'expérience du vieillissement s'effectue sur le mode positif de découvertes et d'apprentissages. Nés et socialisés pour la majorité d'entre eux dans des milieux plutôt favorisés et riches en capitaux économiques et culturels, ces individus disent ne pas suivre les préconisations et les injonctions normatives. Ils justifient leurs capacités à s'adapter aux changements dans le vieillissement par les compétences acquises lors de leurs périodes de socialisation antérieures. Les événements qui les ont construits leur ont appris à mobiliser des compétences que la politique de prévention cherche à diffuser chez l'ensemble des personnes âgées. Ils perpétuent des comportements, des modes de vie et des compétences qui sont ceux préconisés par la politique de prévention. En ce sens, ce sont ces personnes qui « collent » le plus aux comportements et modes de vie prescrits par la culture de la prévention aux personnes les plus fragiles. L'adaptation, par exemple, n'est pas pensée comme une modification des comportements pour tendre vers un « bien vieillir ». À l'inverse, c'est une continuité de vie qui est recherchée, et qui devient la condition *sine qua non* pour avoir le sentiment de « réussir son vieillissement ». Le vieillissement n'est pas vécu sur le mode du déclin, mais comme une nouvelle étape dans le processus d'éducation et de socialisation de l'individu. L'éducation et les apprentissages s'étendent chez ces personnes à travers les âges, à travers l'ensemble du parcours de vie. En se tenant à distance de la *carrière* institutionnelle et morale de la dépendance, elles vont contre la forte tendance actuelle à la « *normalisation institutionnalisée* » des parcours de vie (Lalive d'Epinay, 1994 : 145) tout en étant celles qui conservent et développent des pratiques sociales valorisées par les pouvoirs publics.

Enfin, le troisième type d'expérience du vieillissement fait apparaître des pratiques sociales et un discours proches de celui de la prévention : les individus entretiennent un rapport très fort à des comportements sains et à des pratiques préventives dans leur trajectoire de vieillissement. Ces mêmes individus nous disent cependant ne pas pouvoir atteindre un « bien vieillir », car vieillir est pour eux synonyme de pertes et de déclin, non pas physiques, mais qui ont trait à leur prestige social. Là encore, c'est le parcours de vie des individus qui est mobilisé dans les

entretiens pour rappeler la mobilité sociale ascendante vécue lors de la carrière professionnelle. La transition de la retraite puis les événements qui ponctuent la trajectoire de vieillissement sont vécus comme des atteintes à leur position sociale, tant valorisée et valorisante. Le suivi des préconisations des programmes de prévention est alors justifié par le fait que les individus veulent se tenir à distance de la *carrière* institutionnelle et morale de la dépendance, qui prend pour eux la forme de la déchéance suprême. Les individus, dans les discours, parlent plus volontiers de leur passé glorieux, de leur réussite sociale, que de leur vieillissement : le statut de « retraité » marque la perte de prestige social. Leurs comportements, leur mode de vie et leurs pratiques sociales ne doivent pas être chamboulés, contrairement à ce que préconise la politique de prévention. À l'inverse, ils sont des marqueurs sociaux : comportements, mode de vie et pratiques sociales sont pensés comme des pratiques « de classe », et leur maintien dans le vieillissement offrent des perspectives de maintien du positionnement social. En ce sens, ces individus, pour qui la réussite sociale ne peut être connue et vécue que dans la vie active, pour qui le vieillissement s'accompagne mécaniquement d'une perte des réseaux denses de sociabilité, ne sont pas les promoteurs de la politique de prévention. Ils ne répondent pas positivement aux injonctions au « bien vieillir ». Bien manger, faire du sport, être actif intellectuellement, participer socialement sont des stratégies de sauvegarde de leur prestige social.

Pour résumer, l'analyse met en lumière trois grandes tendances de relations au « bien vieillir ». Cependant, l'expérience vécue des individus particuliers peut se rapprocher de plusieurs pôles. Les trajectoires individuelles, que les individus reconstruisent nécessairement au cours des entretiens, indiquent par moment des passages d'une tendance à l'autre, sur certains aspects. Cela pointe une limite de ce travail, qui tient à la difficulté d'analyser des trajectoires. Dans le cas du vieillissement, nous cherchons à mesurer les conséquences, non pas d'une origine sociale seule ou d'une position sociale seule, mais d'un parcours entre deux points et des différentes trajectoires qui le composent. Certains éléments, qui pourraient contredire l'inscription dans telle ou telle tendance, ont pu être passés sous silence par les individus. D'autres ont peut-être pris dans certains entretiens une place plus importante qu'ils en ont effectivement pour les individus. Cependant, en nous centrant sur le sens que les acteurs donnent aux situations qu'ils vivent, nous souhaitons confier la définition de ce qui est considéré comme central dans le vécu du vieillissement aux acteurs eux-mêmes.

La sociologie compréhensive de l'expérience vécue montre des résistances fortes, bien que fondées sur des logiques différentes, face à la « normalisation institutionnalisée » des parcours de vie. C'est parce que la politique de prévention dans le vieillissement s'intéresse au vieillissement, en cherchant à sécuriser la dernière étape de la vie, et ne prend que peu en compte l'ensemble du parcours de vie des individus et les multiples trajectoires de vie qu'elle est inopérante. Les comportements et les modes de vie des individus vieillissants ne peuvent faire de l'individu vieillissant un « homme nouveau », comme le demande le « bien vieillir » : à l'inverse, le vieillissement est un travail de relecture du parcours de vie, des événements centraux vécus par les individus et de la place sociale occupée. La politique de prévention de la dépendance ne peut alors atteindre ses objectifs : la sociologie des parcours de vie nous apprend qu'il est vain d'isoler une trajectoire particulière, ici la trajectoire de vieillissement. L'existence, dans le vieillissement, se vit et se pense comme une dynamique continue.

Cette thèse remet ainsi en cause les périodisations de la vie que les politiques publiques, dont celles de la vieillesse et du vieillissement, contribuent à construire. Le vieillissement et ce qu'il implique ne sont pas vécus en dehors de tout ce qui a construit la personne. Les événements, passés et présents, heureux et malheureux, les valeurs et les références culturelles intimes, socialement et historiquement datées, donnent sens à l'existence dans le sens où ils font système et ne sont pas sans conséquence sur le vécu et la conduite de son vieillissement.

Annexes

Annexe 1

Les outils

1.1. Guide d'entretien avec les directions des fonds d'action sociale

Cadrage du sujet : Cette grille a été établie par l'auteur pour l'enquête sur l'évolution de l'action sociale en direction des retraités et personnes âgées, pour le compte de l'IRES. Il a été décidé par les membres de l'enquête (C. Gucher, D. Mansanti, E. Guillaud, A. Mollier et S. Alvarez) de conserver, lors des entretiens, les termes de « retraités et personnes âgées » qui sont ceux qui étaient utilisés dans le rapport Laroque pour demeurer au plus large possible et ne pas cibler sur la dépendance.

L'action sociale en direction des retraités et personnes âgées et ses évolutions

- Dans l'ensemble des actions menées par votre institution, quelle est la part de l'action sociale en direction des retraités et personnes âgées ? En termes de publics, d'activités (détailler au maximum), de budget ?
- Depuis quand votre institution inclut-elle cela dans son action ? Pour quelles raisons, quels fondements idéologiques, historiques ?
- Quels sont les types d'interventions menées ? Sous quelle(s) condition(s) ?
- Quels sont les publics visés ? Quels sont les critères d'élection à l'action sociale de votre institution : âge ? GIR ? Ressources ? Territoires ? Situation de vie ? Parcours de vie ?

- Quels sont les processus de déclenchement de l'intervention : demande explicite du retraité et étude de dossier ? L'action sociale est-elle un droit qui se déclenche seul ? Est-ce l'institution qui cible les personnes susceptibles d'être concernées ?
- Comment les retraités et les personnes âgées sont-ils informés de l'action sociale qui les concerne ? Quels sont vos moyens de diffusion de l'information ? Cette information est-elle ciblée, individualisée, commune à toutes et tous ?
- Quels sont les objectifs visés à travers le développement de cette action sociale ?
- L'action sociale a-t-elle connue des évolutions, plus ou moins récentes, dans ses formes, ses volumes, ses priorités... ?
- Quels types de besoins l'action sociale prend-elle en compte ? (*quid des besoins culturels, de vacances etc ?*)

La politique d'action sociale

- Comment est élaborée la politique d'action sociale de votre institution ?
- Par qui est-elle élaborée ? Comment est composé le conseil d'administration de votre institution ? Quelle est la part de la représentation syndicale ou des collectifs d'usagers ?
- À quel niveau est élaborée la politique d'action sociale de votre institution : national, régional, local ? Quelles sont les marges d'adaptation des niveaux locaux par rapport aux cadres nationaux ?
- Comment s'inscrit la politique d'action sociale de votre institution par rapport à la législation en vigueur ?

Partenariats et relations avec d'autres acteurs de l'action sociale

- Entretenez-vous des partenariats ? Des conventions ? Avec qui, depuis quand ? Dans quel but ? Comment cela se traduit-il concrètement ?
- Comment vous positionnez-vous par rapport aux autres acteurs de l'action sociale ?

- Voyez-vous des complémentarités et/ou des concurrences dans les diverses formes d'action sociale développées par d'autres acteurs ?

Pour conclure

- Comment définiriez-vous l'action sociale aujourd'hui ?
- Pensez-vous qu'il y ait des inégalités entre les retraités ?
- Votre action sociale vise-t-elle une réduction de ces inégalités ?
- L'action sociale est-elle selon vous aujourd'hui pertinente ? Utile ? Qu'est-ce qui selon vous justifie aujourd'hui l'action sociale ?

1.2. Guide d'entretien – assistantes sociales

Cadrage : Ce guide a été établi par l'auteur, à la suite de situations d'observations avec des assistantes sociales du conseil général de l'Isère, du moment de l'évaluation du degré de dépendance au domicile des personnes âgées. Afin de compléter les informations recueillies, cette grille a été élaborée dans un souci de préciser la place des travailleurs sociaux dans la diffusion de la norme de « bien vieillir » ou de « vieillissement réussi ». Une assistante sociale du conseil général de l'Isère et une assistante sociale de la CARSAT, membre du dispositif ATOO ont été interrogées.

Le parcours professionnel

- Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? Est-ce votre premier emploi ? Avez-vous acquis d'autres normes, savoir-faire, compétences professionnelles ? Lesquelles ?
- Êtes-vous diplômée ?
- Depuis quand êtes-vous assistante sociale ? Est-ce un choix de votre part ? Pour quelles raisons ? Aviez-vous un projet personnel ? professionnel ? lorsque vous avez commencé ce travail ? ==> *importance du projet : « le projet traduit une capacité de l'individu à être créateur d'actions. Le projet marque cette capacité à prendre du recul*

pour anticiper. Le projet est un facteur puissant pour construire l'identité professionnelle », cf J.-P. Boutinet.

- Aujourd'hui, avez-vous un projet professionnel à court, moyen ou long terme ?

La formation

- Pouvez-vous me parler de la formation qui vous a été dispensée ?
- Pouvez-vous me décrire ce qui vous a été appris lors de votre formation ?
- La formation qui vous a été dispensée est-elle en adéquation avec ce que vous vivez au quotidien dans votre travail ? Dans la pratique, y a-t-il des écarts ?
- Quelles sont les limites de votre fonction ? Qu'est-ce que vous pouvez faire et pas faire ?
- Débordez-vous de votre cadre de compétences lorsque des situations peuvent suggérer de le faire ?
- Selon vous, le métier d'assistante sociale est-il un métier reconnu ? Est-ce un métier que vous conseilleriez à des personnes que vous connaissez ? Pourquoi ?

Le métier et ses activités concrètes

- Quelles sont les missions d'une assistante sociale qui travaillent auprès de retraités et personnes âgées ?
- Pouvez-vous me décrire comment se passe généralement une journée de travail ?
- Quelles compétences devez-vous mobiliser ?
- Quels sont vos interlocuteurs lorsque vous traitez d'un dossier ? Famille de la personne ? Amis ? Seulement la personne âgée ?
- Comment et par qui sont définis les cadres de votre activité quotidienne ?
- Qu'est-ce que recouvre pour vous le terme d'évaluation ? De plan d'aide personnalisé ?
- Quelle expertise apportez-vous à la personne âgée ?

1.3. Guide d'entretien – personnes âgées

Le travail de terrain est composé d'entretiens effectués dans le cadre de 3 enquêtes.

La première enquête, pour le compte de la CNSA, portait sur « la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles » et a été réalisée au sein du laboratoire PACTE (UPMF-IEP Grenoble). Dirigée par Catherine Gucher, l'équipe était composée de Denis Laforgue, MCF en sociologie à l'université de Savoie, de Phillipe Warin, directeur de recherche au CNRS et directeur de l'ODENORE, de Catherine Chauveaud, ingénieur d'études à l'ODENORE, de Marie-Ange Gallet, cadre supérieur de santé. L'enquête s'est centrée sur les phénomènes de non recours et de non adhésion à l'offre de services à domicile des personnes âgées catégorisées comme fragiles et dépendantes. Le travail de terrain réalisé auprès de personnes âgées qui ne consomment pas en totalité des heures prescrites dans les plans d'aide personnalisée partait de l'hypothèse d'une disjonction entre la notion de qualité de l'aide à domicile, telle qu'elle est définie et évaluée normativement et la notion de « qualité de vie », telle que les personnes âgées la perçoivent et la définissent. Cette non congruence entre les deux notions est de nature à fonder au moins partiellement les phénomènes de non-recours et de non adhésion repérés statistiquement au préalable.

La seconde enquête s'est déroulée dans le cadre de l'Observatoire des Pratiques Sociales des Retraités (OPSR) mis en place au sein du Centre PluriDisciplinaire de Gérontologie de Grenoble (CPDG), dirigé par Catherine Gucher. Pour ce qui nous concerne, nous avons été mobilisés pour le volet qualitatif de l'observatoire. Par le biais des entretiens étaient sondées les modifications des pratiques sociales liées aux mutations générationnelles, mais aussi à l'évolution des parcours de vie des individus. Il s'agissait alors de questionner les éléments déterminants des parcours de vie dans le vieillissement et le développement d'attitudes de prévention. Le guide d'entretien a été réalisé par Catherine Gucher, Annie Mollier et nous-mêmes.

La troisième enquête en cours est portée par la Structure Fédérative de Recherche Santé-Société de l'Université de Grenoble. Elle est financée par la fondation Alzheimer et consiste à étudier les parcours de soins de personnes supposées atteintes de la maladie d'Alzheimer (parce qu'elles en présentent des signes) et de personnes

diagnostiquées pour tenter de saisir les éléments psycho-sociaux, socio-économiques et culturels à l'origine des situations de non-recours ou de recours tardif au diagnostic. Avec Catherine Gucher et Catherine Chauveaud, nous avons élaboré le guide d'entretien et avons réalisé des entretiens semi-directifs de recherche auprès de personnes pour lesquelles une préconisation de diagnostic Alzheimer a été posée à la suite d'un bilan de santé effectué au CPA de Grenoble. Il s'agit dans les entretiens de saisir la façon dont les parcours de santé se déroulent dans un enchevêtrement avec leur parcours de vie.

Notre implication dans ces trois enquêtes et la liberté de questionner chaque personne interrogée sur notre problématique de thèse qui nous a été offerte nous ont permis d'établir un guide d'entretien type qui intègre les questionnements au centre de la thèse.

Guide d'entretien

Âge et lieu de naissance

Situation familiale

Le parcours de vie

- Pouvez-vous me parler de votre parcours de vie ? (*naissance, enfance, scolarité, diplôme, mariage etc...*)
- Quel est votre parcours professionnel ? Pouvez-vous me parler de votre carrière professionnelle ? Quel(s) métier(s), quelle(s) place(s) occupée(s) (*combien de temps a été exercé chaque métier*) ?
- Quelle était la profession de votre père ? De votre mère ?
- Depuis combien de temps êtes-vous à la retraite ? Comment avez-vous vécu le passage à la retraite ? À quelle date ? Dans quelles circonstances (*voir les changements de rythmes, d'habitat, de ressources, de relations, d'état de santé etc.*) ?
- Comment jugez-vous votre vie passée ?

- Identifiez-vous de moments, des étapes importantes qui ont marqué votre vie ? Des événements marquants ? Des épreuves particulières ? Des changements dans votre existence ?
- Quels sont les éléments les plus déterminants dans ce que vous êtes aujourd'hui ?

Relations sociales

- Quelles sont vos relations avec vos proches (famille, conjoint, ami...) ?
- Questionner la fréquence des relations, les modalités (visites, téléphone ?)
- Questionner les solidarités, les entraides, les sentiments sur ces relations, l'existence de conflits, et est-ce que les enfants, ou le conjoint prennent des décisions à la place de la personne âgée.
- Êtes-vous grands-parents ? Combien de fois ? Depuis quand ? Comment le vivez-vous ?

La vie quotidienne et les activités

- Pouvez-vous me raconter comment se passent généralement vos journées ? Comment occupez-vous habituellement vos journées (*activités extérieures au domicile*) ?
- Avez-vous des engagements associatifs, politiques, militants ? Depuis quand ? Quel sens donnez-vous à ces engagements ?
- Avez-vous cessé des activités ? Depuis quand ? Pour quelles raisons ?

La santé

- Comment qualifiez-vous votre état de santé ? Quelle perception avez-vous de votre état de santé ? En êtes-vous satisfaits ?
- Qu'est-ce que votre médecin traitant dit de votre santé ?

- Consultez-vous des spécialistes ?
- Modes de soins : automédication, médecine classique, médecine naturelle, homéopathie, cures etc... ?
- Suivez-vous les prescriptions de vos médecins ?

Vieillesse et vieillissement

- Vous sentez-vous vieux ?
- Vous sentez-vous devenir vieux ?
- Qu'est-ce qui fait vieillir selon vous ?
- Que pensez-vous de la vieillesse ?
- Comment qualifiez-vous votre expérience du vieillissement ?

Annexe 2

Présentation des enquêtée(e)s

2.1. Les acteurs de l'action sociale

GPS n°1 : Entretien réalisé auprès de la responsable du service « innovation » de l'action sociale d'un groupe paritaire de protection sociale français, dans les locaux du siège national qui se situe à Paris. L'entretien d'une durée de 1 h 5 a été enregistré en deux temps, la responsable ayant demandé de couper le dictaphone pour répondre à une question gênante, qui portait sur les innovations en cours en matière d'action sociale.

GPS n°2 : Entretien réalisé avec le directeur de l'action sociale d'un groupe paritaire de protection sociale français d'un secteur d'activité particulier. Le département d'action sociale de ce GPS est réservé aux salariés et retraités de ce secteur. L'entretien d'une heure s'est déroulé dans une brasserie de l'aéroport de Lyon, durant un transit de Mr C. entre deux rendez-vous professionnels. L'entretien a été complété par une discussion téléphonique à la suite de la proposition de Mr C. de poursuivre l'échange.

AGIRC-ARRCO : Entretien réalisé avec la directrice de l'action sociale AGIRC-ARRCO. L'entretien s'est déroulé à la suite d'une période de négociation et de discussions sur le but de l'entretien et les questions abordées. L'entretien téléphonique (la personne ne pouvant pas se libérer pour un entretien en face-à-face) a duré 45 minutes, sur demande de la directrice de l'action sociale.

CNAV : Entretien réalisé avec le directeur de l'action sociale de la CNAV. L'entretien s'est déroulé une première fois par téléphone, puis lors d'une seconde discussion téléphonique, nous avons pu développer les points abordés succinctement la première fois. Une discussion de 1 h 15 s'est tenue au total. Le directeur de l'action sociale de la CNAV a ensuite envoyé des documents d'informations destinés aux bénéficiaires, ce qui a constitué un matériau supplémentaire pour l'étude.

CNRACL : Entretien réalisé par téléphone avec le directeur du fonds d'action sociale de la CNRACL, dont le siège est situé à Bordeaux. L'entretien a duré environ une heure.

Mme V., assistante sociale : Un entretien a été réalisé avec Mme V., assistante sociale au service « autonomie » du Conseil Général de l'Isère. Elle fait partie de l'équipe médico-sociale chargée de l'évaluation du degré d'autonomie au domicile des personnes âgées, au moyen de la grille AGGIR, et à l'élaboration des plans d'aides personnalisés. L'entretien, réalisé dans le bureau de Mme V., a duré 1 h 20 et fait suite à des situations d'observation lors des visites d'évaluation.

Journaux d'observation : Quatre situations d'observation de situation d'évaluation au domicile des personnes âgées ont été menées avec Mme V., quatre autres avec Mme T., également assistante sociale dans ce même service, et quatre autres avec Mr S., psychologue au service autonomie et membre de l'EMS. Les douze journaux d'observation sont intégrés au corpus de matériau.

Mme F., assistante sociale : Un entretien a été réalisé avec Mme F., 35 ans, assistante sociale à la CARSAT Rhône-Alpes. Mme F. fait partie des professionnels qui animent le dispositif ATOO de la CARSAT. Elle participe particulièrement aux évaluations régulières aux différentes étapes du programme et au suivi individualisé. L'entretien téléphonique a duré 30 minutes.

2.1. Caractérisation de l'échantillon personnes âgées

n° entretien	Âge	Sexe	Diplôme	CSP	Lieu de vie	Famille	Niveau de dépendance	Parcours migratoire
1	73	FEMME	1	2	RURAL	MARIEE	2	NON
2	82	FEMME	1	1	URBAIN	VEUVE	2	NON
3	88	FEMME	4	3	RURAL	VEUVE	2	NON
4	80	FEMME	1	2	URBAIN	VEUVE	4	OUI
5	78	FEMME	1	1	RURAL	VEUVE	2	NON
6	80	HOMME	1	2	RURAL	MARIE	2	NON
7	83	HOMME	4	5	URBAIN	MARIE	4	NON
8	84	HOMME	4	3	URBAIN	MARIE	2	NON
9	68	HOMME	4	4	RURAL	MARIE	2	NON
10	84	HOMME	4	4	RURAL	MARIE	2	NON
11	79	HOMME	4	4	URBAIN	MARIE	2	NON
12	90	FEMME	2	2	RURAL	MARIE	1	NON
13	76	FEMME	2	2	RURAL	MARIEE	3	NON
14	64	FEMME	2	2	URBAIN	DIVORCEE	3	NON
15	84	FEMME	2	2	RURAL	VEUVE	4	NON
16	88	FEMME	3	1	URBAIN	VEUVE	3	NON
17	88	FEMME	1	1	RURAL	VEUVE	3	OUI
18	95	FEMME	1	2	URBAIN	VEUVE	3	OUI
19	74	FEMME	1	1	URBAIN	DIVORCEE	3	OUI
20	83	HOMME	2	2	RURAL	VEUF	3	NON
21	80	HOMME	1	2	RURAL	MARIE	3	NON
22	75	HOMME	1	2	URBAIN	MARIE	3	OUI
23	90	HOMME	4	4	URBAIN	MARIE	1	NON
24	78	HOMME	4	4	URBAIN	MARIE	3	NON
25	86	HOMME	2	2	URBAIN	MARIE	3	OUI
26	80	HOMME	4	4	RURAL	MARIE	2	NON
27	69	FEMME	1	2	RURAL	CELIBATAIRE	1	NON
28	64	FEMME	2	2	URBAIN	DIVORCEE	1	NON
29	66	FEMME	4	3	URBAIN	MARIEE	1	NON
30	67	HOMME	3	5	URBAIN	MARIE	1	NON
31	67	HOMME	4	4	URBAIN	MARIE	1	NON
32	61	HOMME	2	2	URBAIN	MARIE	1	NON
33	75	HOMME	4	3	URBAIN	MARIE	1	NON
34	85	FEMME	2	1	RURAL	MARIEE	3	NON
35	86	HOMME	2	5	RURAL	MARIE	1	NON
36	84	FEMME	1	2	RURAL	VEUVE	4	OUI

Diplôme :

- 1 = pas de diplôme
- 2 = certificat d'études
- 3 = bac
- 4 = > bac

CSP :

- 1 = sans emploi
- 2 = ouvrier(e)s
- 3 = fonction publique
- 4 = ingénieurs
- 5 = chef d'entreprise

Niveau de dépendance :

- 1 = faible ou pas de dépendance sans troubles psychiques
- 2 = faible ou pas de dépendance avec troubles psychiques
- 3 = dépendance sans troubles psychiques
- 4 = dépendance avec troubles psychiques

L'échantillon est composé de façon égale de **18 femmes et 18 hommes**.

Sur les 36 personnes interrogées, **16 vivent en milieu urbain ou péri-urbain (agglomération grenobloise), et 20 dans les territoires ruraux de l'Isère**.

Sur les 36 entretiens réalisés, certains l'ont été en présence soit d'un des enfants, soit du ou de la conjoint(e). Les entretiens **n° 3, 4, 5, 17, 18 et 19 ont été réalisés en présence d'un des enfants**. Les entretiens **n° 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 21, 25 et 26 ont été réalisés en présence du ou de la conjointe**.

Sur les 36 personnes enquêtées, **22 sont marié(e)s, 10 sont veufs ou veuves, 3 personnes sont divorcées et une personne est célibataire**.

En ce qui concerne le niveau d'éducation, **12 personnes n'ont pas le moindre diplôme, 10 ont le certificat d'études, 2 ont réussi le bac et 12 ont un diplôme supérieur au bac**.

En termes de CSP, **6 personnes interrogées n'ont jamais eu d'emplois déclarés** (certaines femmes d'artisans notamment ont assuré la comptabilité et la gestion de l'entreprise, sans être déclarées, et n'ont ainsi pas de pension de retraite en leur nom). L'échantillon est par ailleurs composé de **16 ouvriers ou ouvrières (dont une dame qui avait un emploi saisonnier), de 7 ingénieurs (uniquement des hommes), 4 fonctionnaires et 3 chefs d'entreprise, 1 artisan et 2 chefs de PME/PMI**.

La colonne renseignant les niveaux de dépendance est à comprendre ainsi : les personnes catégorisées comme « dépendantes » à la suite de l'évaluation par l'EMS du CG, sont caractérisées dans l'échantillon comme telles. C'est donc la catégorie administrative qui est renseignée, ce qui ne veut pas dire que l'enquêté se pense forcément dépendant. Pour les troubles psychiques, il en va de même. Sont caractérisées comme ayant des troubles psychiques les personnes qui a la suite d'un bilan de santé ou d'un rendez-vous avec un neurologue se sont signifiées un ou des troubles psychiques, essentiellement la maladie d'Alzheimer.

Ainsi, sur les 36 personnes interrogées, **10 ne sont ni catégorisées comme dépendantes, ni comme porteuses de troubles psychiques. Le même nombre est concerné par des troubles psychiques avérés, sans pour autant être dans la catégorie de la dépendance.**

Parmi les « dépendants », **12 le sont sans troubles psychiques, et 4 le sont avec troubles psychiques diagnostiqués.**

Enfin, certaines personnes ont connu un parcours migratoire. Toutes et tous l'ont connu dans les 20 premières années de leur vie. Sur les **7 personnes nées à l'étranger**, 2 sont nées en Italie, 2 au Maghreb, 1 en Espagne, 1 en Allemagne et 1 en Hongrie.

Annexe 3

Glossaire

ADMR : Aide à domicile en milieu rural

AGGIR : Autonomie gérontologique groupes iso-ressources

AGIRC : Association générale des institutions de retraite des cadres

APA : Allocation personnalisée à l'autonomie

ARRCO : Association des régimes de retraite complémentaire des salariés

ARS : Agence régionale de santé

CA : Conseil d'administration

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (anciennement CRAM)

CAS : Centre d'analyse stratégique

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCPD : Conseil municipal de prévention de la délinquance

CDPD : Conseil départemental de prévention de la délinquance

CEP : Clubs et équipes de prévention

CESE : Conseil économique, social et environnemental

CESPA : Centre d'examens systématiques pour les personnes âgées

CFES : Comité français d'éducation pour la santé

CFESS : Comité français d'éducation sanitaire et sociale

CG : Conseil général

CGT : Confédération générale du travail

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNPD : Conseil national de prévention de la délinquance

CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

CNRPA : Conseil national des retraités et personnes âgées

CNRTL : Centre national de ressources textuelles et lexicales

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COG : Convention d'objectifs et de gestion

COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

CPA : Centre de prévention des Alpes

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPDG : Centre pluridisciplinaire de gérontologie de Grenoble

CRAM : Caisse régionale d'assurance retraite

CSFPH : Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

CSFPT : Conseil supérieur de la fonction publique territoriale

DEES : Diplôme d'État d'éducateur spécialisé

DGAS : Direction générale de l'action sociale

DGS : Direction générale de la santé

DMLA : Dégénérescence maculaire liée à l'âge

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DS : Direction des sports

EMS : Équipe médico-sociale

EVSI : Espérance de vie sans incapacité

FNASSPA : Fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées

GAM : Groupe d'action municipale

GIE : Groupement d'intérêts économiques

GIR : Groupes iso-ressources

GPS : Groupement de protection sociale

HCSP : Haut comité de santé publique

HPST : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IME : Institut médico-éducatif

IMP : Institut médico-psychologique

INED : Institut national d'études démographiques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation à la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MSA : Mutualité sociale agricole

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONSER : Organisme national de sécurité routière

ONU : Organisation des Nations unies

OPSR : Observatoire des pratiques sociales des retraités

PED : Prestation expérimentale dépendance

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PNBV : Plan national bien vieillir

PNNS : Programme national nutrition santé

PRSP : Plans régionaux de santé publique

PSD : Prestation spécifique dépendance

REFIPS : Réseau francophone international pour la promotion de la santé

RSI : Régime social des indépendants

SNCF : Société nationale des chemins de fer français

SONACOTRA : Société de construction de logements pour les travailleurs

Bibliographie

Abbott A., 1988, *The system of professions*, Chicago, University of Chicago Press.

Abbott A., 2003, « Ecologies liées : à propos du système des professions », in *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, sous la direction de Menger P.M., Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme Paris, pp. 29-50.

Abbott A., 2010, « A propos du concept de *turning point* », in Bessin M., Bidart C., Grossetti M. (dir), *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et aux événements*, Paris, La Découverte, pp. 187-211.

Abenhaïm L., 2010, « Préface », in *Les inégalités sociales de santé*, Leclerc A., Fassin D. et al. (eds.), Paris, La Découverte-INSERM, 450 p.

Adam B., Beck U., Van Loon J. (eds.), 2000, *The risk society and beyond*, London, Sage.

Adams J., 1995, *Risk*, London, UCL Press.

Alvarez S., 2009, *De prises en déprises. Les supports de la qualité de vie des personnes âgées*, Mémoire de Master 2 Recherche, sous la direction de Catherine Gucher, UPMF, 146 p.

Alvarez S., 2011, « Fragiles ou dépendants ? La catégorisation des politiques vieillesse selon des publics cibles », *Gérontologie*, n° 158, pp. 39-47.

Alvarez S., 2012, « La fragilité : le jeu des représentations. Pour une étude de la fragilité inscrite dans une gérontologie sociale », in *La gérontologie sociale. Héritages et*

réflexions contemporaines, Gucher C. (dir.), Paris, L'Harmattan, coll. « La gérontologie en actes », pp. 199-212.

Alvarez S., 2014, « Je suis trop vieux pour aller en ville. Représentations et investissement de l'espace public chez les plus de 75 ans », *in* Dufoulon S. et Lolive J., *Esthétiques des espaces publics*, Paris, L'Harmattan, coll. « Local et global », pp. 149-162.

Alves-Bernard I., 1996, « Des médiations éducatives à l'actualité de John Dewey », *Spirale, revue de recherches en éducation*, n° 17, pp. 101-115.

Ankri J., 2002, « Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé », *Gérontologie et société*, 2002/4, pp. 93-106.

Aquino J.-P., 2007, « Le vieillissement : d'un modèle défectologique à un modèle ontogénique », *Gérontologie et société*, n° 123, pp. 13-30.

Aquino J.-P., 2008, « Le plan national bien vieillir », *Gérontologie et société*, n° 125, pp. 39-52.

Aquino J.-P., 2011, « Il faut s'ouvrir davantage aux personnes vulnérables », *La santé de l'homme*, INPES, n° 411, pp. 19-20.

Aquino J.-P., 2012, « Vieillissement et politiques publiques », *Gérontologie et société*, hors-série, pp. 273-280.

Argoud D., 2012, « La prévention : un nouveau référentiel pour une politique du vieillissement ? », *Gérontologie et société*, hors-série, pp. 93-100.

Arnaud C., Ducoudray J.-M., Leroux R., Martin J., Vetel J.-M., 1993, « I. PMSI en gériatrie, II. Lexique de l'évaluation gérontologique, III. Les groupes iso-ressources de charge de soins gérontologiques », *Gérontologie et société*, n°64, mars, pp. 78-108.

Attias-Donfut C., 2006, *L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France*, Paris, Armand Colin, 357 p.

Aubrée L., Barry H., Baillon J. et Mauguin J., 2006, « L'action sociale extralégale et facultative des départements », *DREES Etudes et résultats*, n° 537.

Aujoulat L.-P., « Communications et changements. Discours d'ouverture de la VII^{ème} conférence mondiale sur l'éducation sanitaire et sociale », *La santé de l'homme*, 165, novembre 1969, pp. 7-11.

Aujoulat L. P. et Leblainche X., 1970, « La promotion de la santé par l'information et l'éducation. Communication à l'Académie de médecine, séance du 5 mai 1970 », *La santé de l'homme*, n° 169, juillet 1970, pp. 2-7.

Bachelot R., 2012, « Discours d'ouverture du colloque de la FNG », *Gérontologie et société*, Hors-série, pp. 10-17.

Baechler J., 2008, *Agir, faire, connaître*, Paris, Hermann.

Balandier G., 1988, *Le désordre. Eloge du mouvement*, Paris, Fayard.

Balard F., 2010, *Les plus âgés des âgés, une culture vivante aux portes de la mort*, Sarrebruck, Editions universitaires européennes.

Baltes P. B. et Baltes M. M., 1990, « Psychological perspectives on successful aging : a model of selective optimization with compensation », in Baltes P. B. et Baltes M. M. (dir.), *Successful aging : perspectives from the behavioral sciences*, New York : Cambridge University Press, pp. 1-34.

Barbier J.-C., Theret B., 2004, *Le nouveau système français de protection sociale*, La Découverte, Paris.

Baron A., 2010, *Dynamiques territoriales de l'action sociale et médico-sociale*, Grenoble, PUG, 287 p.

Barrel Y., 1982, *La marginalité sociale*, Paris, PUF.

Barthe J.-F., Clément S., Drulhe M., 1988, « Vieillesse ou vieillissement. Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Les cahiers de la recherche sur le travail social*, 15/88, Caen, CRTS, pp. 11-32.

Barthes R., 1957, *Mythologies*, Paris, Le Seuil, 267 p.

Batifoulrier P., Domin J.-P. et Abecassis P., 2010, « Les effets pervers de la politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire », *Economie appliquée*, tome LXIII, n° 4, pp. 171-194.

Beck U., 2008, *La société du risque, sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flamarrion, 521 p.

Becker H. S., 1985, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.

Becker H.S., 2006, « Sur le concept d'engagement », *SociologieS* [En ligne], Découvertes / Redécouvertes, Howard Becker, mis en ligne le 22 octobre 2006, consulté le 9 juin 2014. URL : <http://sociologies.revues.org/642>

Benamouzig D., 2005, *La santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF, 478 p.

Berger P., Luckmann T. 1996, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, 285 p.

Bergman H. *et al.*, 2004, « Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité », *Gérontologie et société*, n° 109, pp. 15-29.

Berlioz G., 2002, *La prévention dans tous ses états*, Paris, L'Harmattan, 164 p.

Berlivet L., 2004, « Une bio-politique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », in *Le gouvernement des corps*, sous la direction de Fassin D. et Memmi D., Paris, Editions de l'EHESS, 2004, 269 p.

Berlivet L., 2013, « Les ressorts de la bio-politique : dispositifs de sécurité et processus de subjectivation au prisme de l'histoire de la santé », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2013/4, n°60-4/4 bis, pp. 97-121.

Berridge V. (ed.), 2005, *Networks of knowledge and power : science, research and policy since 1945*, Londres & Amsterdam, Rodopi.

Bertani M., 2000, « Sur la généalogie du bio-pouvoir », in *Lectures de Michel Foucault. À propos de « il faut défendre la société »*, volume I, Bertani M., Defert D., Fontana A., Holt T., textes réunis par Zancarini J. C., Paris, ENS éditions, pp. 15-36.

Bessin M., Bidart C., Grossetti M., 2010a, « L'enquête sur les bifurcations : une présentation », in Bessin M., Bidart C., Grossetti M. (dir), *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et aux événements*, Paris, La Découverte, pp. 7-19.

Bessin M., Bidart C., Grossetti M., 2010b, « Les bifurcations, un état de la question en sociologie », in Bessin M., Bidart C., Grossetti M. (dir), *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et aux événements*, Paris, La Découverte, pp. 23-35.

Bidart C., 2006, « Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 120, pp. 29-57.

Billé M. et Martz D., 2010, *La tyrannie du « bien vieillir »*, Lormont, Ed. Le bord de l'eau, 153 p.

Blanchard F., 2004, « Edito », *Gérontologie et société*, n° 109, pp. 10-13.

Blanpain N. et Chardon O., 2010, « Projections de population à l'horizon 2060 », *INSEE Première*, n° 1320, octobre 2010.

Blatgé M., 2012, *Apprendre la déficience visuelle. Une socialisation*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, collection « Handicap, vieillissement, société », 206 p.

Bodier M., 1996, « La voiture : une habitude qui se prend jeune », *INSEE Première*, n° 474, juillet 1996.

Bonnemaison G., 1982, *Face à la délinquance : prévention, répression, solidarité*, Paris, La Documentation Française.

Boquet H. et Andrieu S., 1999, « Le *burden* : un indicateur spécifique pour les aidants familiaux », *Gérontologie et société*, n° 89, pp. 155-166.

Borgetto M et Lafore R., 2009, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Paris, Ed. Montchrestien.

Bortz W., 1993, « The physics of frailty », *Journal of the American Geriatric Society*, n° 41.

Boudreau J. et Laville B., 1996, « La politique d'action sociale de la CNAV », *Retraite et société*, n° 15, pp. 6-13.

Boudreau J. et Picoche C., 1997, « Trente ans d'action sociale à la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse », *Gérontologie et société*, n° 81, pp. 121-134.

Bouquet B., 2005, « La prévention : rhétorique ou référentiel », in *La prévention : concept, politiques, pratiques en débat*, Bouquet B. (dir), Paris, L'Harmattan, pp. 9-15.

Bourdelaïs P., 1993, *Le nouvel âge de la vieillesse : histoire du vieillissement de la population*, Paris, Odile Jacob, 441 p.

Bourdelaïs P., 2009, « L'histoire de la prévention : hygiénisme et promotion de la santé », in *Traité de prévention*, Bourdillon F. (dir), Paris, Médecine-Sciences-Flammarion, pp. 9-13.

Bourdessol H., Dupont O., Pin S., Signorini E., Verhey J.-C. et Vincent I., 2011, *Les sessions de préparation à la retraite, un enjeu citoyen*, Saint-Denis, INPES éditions, coll. Santé en action, 148 p.

Bourdieu P., 1979, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, les Editions de minuit, 672 p.

Bourdieu P., 1993, « Esprits d'État », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 96-97, pp. 49-62.

Bourdieu P., 1997, *Les usages sociaux de la science : pour une sociologie clinique du champ scientifique*, Paris, INRA, 79 p.

Bourdieu P., 2000, *Propos sur le champ politique*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 110 p.

Bréchat P.-H. *et al.*, 2008, « Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ? », *Santé publique*, 2008/5, vol. 20, pp. 475-487.

Bresson M., 2006, *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, Paris, L'Harmattan.

Brunet S., 2007, *La communication, composante de l'action publique et politique : le cas de la sécurité routière*, Thèse de doctorat en science politique, sous la direction de J. C. Thoenig et V. Spenlehauer, ENS-Cachan.

Cadiou S. et Gagnon B., 2005, « L'action sociale des caisses de retraite : un dispositif complémentaire de la protection sociale des personnes âgées », *Revue française des affaires sociales*, 2005/3, n° 3, pp. 7-32.

Caillé A., 2003, « Sur les concepts d'économie en général et d'économie solidaire en particulier », *Revue du MAUSS*, 2003/1, pp. 215-236.

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 2010, *Pour une politique de prévention au service de l'autonomie*, 103 p.

Callon M., 1998, « Introduction : the embeddedness of economic market in economics », in Callon M. (ed.), *The laws of the market*, Blackwell Publishers, Oxford, pp. 9-46.

Callon M., 2003, « Science et société : les trois traductions », *Les Cahiers du M.U.R.S.*, n° 42 « Remettre la science en culture ».

Cambois E. et Robine J.-M., 2004, « Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social », DREES, *Etudes et Résultats*, n° 295.

Cambois E., Laborde C. et Robine J.-M., 2008, « La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacités au sein d'une vie plus courte », *Population et société*, n° 441.

Cambon L., 2006, « Désirabilité sociale et utilité sociale, deux dimensions de la valeur communiquée par les adjectifs de personnalité », *Revue internationale de psychologie sociale*, n° 3, tome 19, pp. 125-151.

Caradec V., 2003, « Etre vieux ou ne pas l'être », *L'Homme et la société*, 2003/1, n° 147, pp. 151-167.

Caradec V., 2004, *Vieillir après la retraite. Approche sociologique du vieillissement*, Paris, PUF, 240 p.

Caradec, V., 2007, « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société*, n° 52, pp. 11-37.

Caradec V., 2010, « Pour une approche sociologique des transitions du vieillissement : le cas de la retraite et du veuvage », in Carbonnelle S. (coord.), *Penser les vieilles. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris, Seli Arslan, pp. 93-108.

Caradec V., 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Armand Colin, 128 p.

Caradec V., 2014, « Transitions du vieillissement et épreuve du grand âge », in Hummel C., Mallon I. et Caradec V. (dir.), *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, pp. 273-288.

Caradec V. et Martuccelli D. (ed.), 2004, *Matériaux pour une sociologie de l'individu*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion.

Carricaburu D. et Ménoret M., 2004, *Sociologie de la santé: Institutions, professions, maladies*, Paris, Armand Colin.

Cassou B., 2008, « Prévenir les maladies et promouvoir la santé des personnes âgées », *Gérontologie et société*, n° 125, pp. 11-22.

Castel R., 1991, « L'État providence et la famille. Le partage précaire de la gestion des risques sociaux », in Singly F. de, Schultès F. (dir.), *Affaires de famille, affaires d'État*, IFRAS / Goethe-institut, p. 26.

Castel R., 1995, *Les Métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris, Éd. Gallimard.

Castelli D., 1997, « Vieillir ? Cela s'apprend ! Stratégies et régulations identitaires de quelques aînés actifs en association », *Revue suisse sociologie*, 23 (3), pp. 595-619.

Cauzard J. P., 1991, « La gestion socio-politique de la sécurité routière : le cas des années 1970 », in *Conquête de la sécurité, gestion des risques*, Dourlens C. et al., Paris, L'Harmattan, pp. 87-109.

Cavalli S., « Modèle de parcours de vie et individualisation », *Gérontologie et société*, 2007/4, n° 123, pp. 55-69.

Cefaï D., Snow D. et Trom, D., 2000), « Le legs de l'Ecole de Chicago à la théorie de l'action collective. Entretien avec David Snow », *Politix*, 13(50), pp. 151-162.

Céfaï D., 2001, « Le naturalisme dans la sociologie américaine au tournant du siècle. La genèse de la perspective de l'École de Chicago », *Revue du MAUSS*, (1), pp. 261-274.

Cefaï D., 2009, « La fabrique des problèmes publics. Boire ou conduire, il faut choisir ! », Postface à l'ouvrage de Gusfield J., *La culture des problèmes publics, L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Editions Economica, pp. 219-318.

Clement S., Drulhe M. et Membrado M., 1998, « Vieillesse de soi, vieillesse de l'autre », *Prévenir*, n° 35.

Clément S., Mantovani J. et Membrado M., 1996, « Vivre la ville à la vieillesse : se ménager et se risquer », *Les annales de la recherche urbaine*, n° 73, pp. 90-98.

Charle C., 1997, « La bourgeoisie de robe en France au 19^{ème} siècle », *Le mouvement social*, n° 181, pp. 53-72.

Charpentier M., 2010, « Inégalités des défis liés au vieillissement », in Charpentier M. et al. (dir.), *Vieillir au pluriel*, Québec, Presses Universitaires du Québec, pp. 109-115.

Châtel V., 2008, « Au-delà de la vulnérabilité sociale, la vulnérabilité symbolique », in Châtel V. et Roy S. (dir.), *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*, Québec, Presses Universitaires du Québec, pp. 201-240.

Chauvel L., 1997, « L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge: effet de génération ou recomposition du cycle de vie ? », *Revue française de sociologie*, pp. 681-734.

Chauvière M., 1980, *Enfance inadaptée, l'héritage de Vichy*, Paris, Les éditions ouvrières.

Chauvière M., 2007, *Trop de gestion tue le social, essai sur une discrète chalandisation*, Paris, Ed. La Découverte.

Chauvière M. et Fablet D., 2001, « L'instituteur et l'éducateur spécialisé. D'une différenciation historique à une coopération difficile », *Revue Française de Pédagogie*, n° 134, pp. 71-85.

Chevalier L., 1958, *Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du XIX^{ème} siècle*, Paris, Plon.

Code de l'action sociale et des familles, 9^{ème} édition, 2013, Paris, Dalloz.

Collin J., « Observance et fonctions symboliques du médicament », *Gérontologie et société*, 4/2002, n° 103, pp. 141-159.

Comité « Avancée en âge, prévention et qualité de vie », 2013, *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, La Documentation française, 132 p.

Commissariat général du plan, 1971, *Rapport de l'intergroupe : problèmes relatifs aux personnes âgées*, Paris, La Documentation française.

Commissariat général du plan, 1980, *Vieillir demain. Rapport du groupe « prospectives personnes âgées »*, Paris, La Documentation française.

Commissariat général du plan, 1991, *Dépendance et solidarités, mieux aider les personnes âgées*, La France, l'Europe, Xème plan, 1989-1992, Paris, La Documentation française.

Commission des Affaires culturelles familiales et sociales, 1991, *Rapport d'information sur les personnes âgées dépendantes. Vivre ensemble*, Assemblée nationale, n°2135, 20 juin.

Commission pour la libération de la croissance française, 2008, *Rapport Attali*, La Documentation française, 245 p.

Conseil économique et social, 1985, *Les problèmes médicaux et sociaux posés par les personnes âgées dépendantes*.

Conseil Economique et Social, 2003, *La prévention en matière de santé* (Rapport Robert), Avis et rapports du Conseil Economique et Social, *Journal officiel*, n° 24, 3 décembre.

Cormier M., 2002, « Les droits des malades dans la loi du 4 mars 2002 », *Revue adsp*, Haut Conseil de la Santé Publique, n°40, pp. 6-10.

Coudin G. et Paicheler G., 2002, *Santé et vieillissement. Approche psychosociale*, Paris, Armand Colin.

Cumming E., Henry W. E., 1961, *Growing old. The process of disengagement*, Basic books, New York, 293 p.

Dab W., 2004, « La loi de santé publique : notre feuille de route commune », *Santé publique*, 2004/4, vol. 16, pp. 583-583.

Danet S., 2012, « L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011 », *DREES, Etudes et résultats*, n°805, juin 2012, pp. 1-8.

Daroux M., Gaxatte C., Puisieux F., Corman B., & Boulanger É., 2009, « Vieillissement rénal: facteurs de risque et néphroprotection », *La Presse Médicale*, 38(11), pp. 1667-1679.

Darras E., 2012, « Qui est responsable ? Eléments pour une sociologie de la politisation pratique par les médias. L'exemple des appropriations critiques des spots chocs de la sécurité routière », in *La sécurité routière : enjeux publics et société civile*, Cunegatti H. et Suaud C. (sous la dir.), Paris, L'Harmattan, pp. 115-170.

De Certeau M., 1990, *L'invention du quotidien. 1. Arts de faire*, Paris, Gallimard.

Déchamp-Le Roux C., 2012, « La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? », *Gérontologie et société*, hors-série, pp. 81-91.

Decreton S., 1993, « Archéologie d'une politique publique. Le cas de la sécurité routière », *Les cahiers de la Sécurité Intérieure*, n° 11, pp. 225-245.

Demazière D. & Dubar C., 1997, « E. C. Hughes, initiateur et précurseur critique de la *grounded theory* », *Sociétés contemporaines*, n° 27, pp. 49-55.

Demazière D., Guignon S. & Morrissette J., 2011, « De l'usage des perspectives interactionnistes en recherche », *Recherches qualitatives*, vol 30 (1), pp. 1-9.

De Quieros J.-M. & Ziolkowski M., 1997, *L'interactionnisme symbolique*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Deschamps J.-P., 2003, « Une relecture de la charte d'Ottawa », *Santé publique*, vol. 15, n° 3, pp. 313-325.

Deschamps J.-P. et Chambaud L., 2004, « Loi de santé publique », *Santé publique*, 2004/3, vol. 16, pp. 409-410.

Desjeux D., 2006, « La question des échelles d'observation en sciences humaines appliquées au domaine de la santé », *Recherche en soins infirmiers*, 2/ 2006, n° 85, pp. 14-21.

Douste-Blazy P., 2004, « La loi relative à la politique de santé publique », *Santé publique*, 2004/4, vol. 16, pp. 581-582.

Dozon J.-P., 2001, « Quatre modèles de prévention », in *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Fassin D. et Dozon J.-P. (dir.), Paris, Balland, pp. 23-46.

Drulhe M. et Pervanchon M., 2002, *Vieillir et conduire : usages et représentations*, rapport final de recherche pour la fondation MAIF, université de Toulouse Le Mirail.

Drulhe M., Clément S., Mantovani J. et Membrado M., 2008, « L'expérience du voisinage : propriétés générales et spécificités au cours de la vieillesse », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 2, pp. 325-339.

Dubet F., 1987, *La galère*, Paris, Fayard.

Dubois V., 1999, *La politique culturelle. Genèse d'une catégorie d'intervention publique*, Paris, Belin.

Dubois V., 2009, « L'action publique », in Cohen A. et al. (dir.), *Nouvel manuel de science politique*, Paris, La Découverte, pp. 311-325.

Ducros P., Frappat P. Lalande F. et Rizzardo R., 1998, *Action municipale, innovation politique et décentralisation : les années Dubedout à Grenoble*, Grenoble, Editions La pensée sauvage.

Dumons B., Pollet G., 1994a, *L'État et les retraites*, Paris, Belin, 480 p.

Dumons B., Pollet G., 1994b, « Le retraité, une identité sociale nouvelle ? », *Ethnologie française*, XXIV, n°4, pp. 790-799.

Dumons B., Pollet G., 1995, « Aux origines du système français de retraite », *Sociétés contemporaines*, n°24, pp 11-39.

Dupuis P. et Seck A., 2012, « La charte d'Ottawa aux yeux de la nouvelle génération : référence ou archive ? », in *25 ans d'histoire : les retombées de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*, Montréal, Ed. REFIPS, pp. 18-23.

Duvignaud J., 1975, *La planète des jeunes*, Paris, Stock.

Duvoux N., 2009, *L'autonomie des assistés*, Paris, PUF, 269 p. Ehrenberg A., 1998, *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 321 p.

Edelman M, 1971, *Politics as a symbolic action*, Chicago, Chicago University Press.

Elias N., 1985, *La société de cour*, Paris, Flammarion.

Ennuyer B., 2003, *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod, 330 p.

Ennuyer B., 2004, « Les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles », *Gérontologie et société*, 2004/2, n° 109, pp. 141-154.

Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*, Paris, PUF, 323 p.

Fassin D., 1998, « Politique des corps et gouvernement des villes », in *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Fassin D. (dir.), Paris, La découverte.

Fassin D., 2000, *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Editions Karthala, 344 p.

Fassin D. et Memmi M., 2004, « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi », in *Le gouvernement des corps*, sous la direction de Fassin D. et Memmi D., Paris, Editions de l'EHESS, 2004, 269 p.

Feller E., 1999, « La vieillesse et le regard médical dans la France du premier XXe siècle. De la "verte vieillesse" à la "séniculture" : l'émergence de la Gériatrie », *Gériatrie*, 112.

Ferraro F. K., 2001, « Aging and role transitions », in Binstock H. R. & George K. L. (eds), *Handbook of aging and the social sciences*, 5th edition, San Diego, Academic Press, pp. 313-330.

Ferry M., 2008, « Bases nutritionnelles pour un vieillissement réussi », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 43(2), pp. 90-96.

Finiez E. et Piotet F., 2009, « La problématique de la notion de fragilité au cœur d'une politique de prévention de la dépendance », *Lien social et politiques*, n° 62, pp. 149-161.

Fossard M. et Ennuyer B., 1988, « Travail familial, solidarité de voisinage et maintien à domicile des personnes âgées », *Cahiers de l'Ecole Nationale de la Santé Publique*, n° 3.

Foucault M., 1963, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 212 p.

- Foucault M., 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- Foucault M., 1975, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 318 p.
- Foucault M., 1976, *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 212 p.
- Foucault M., 1994, *Dits et écrits, III. 1976-1979*, Paris, Gallimard, 900 p.
- Foucault M., 1994, *Dits et écrits, IV. 1980-1988*, Paris, Gallimard, 896 p.
- Foucault M., 2004, *Naissance de la bio-politique. Cours au collège de France, 1978-1979*, Paris, Gallimard-Seuil, 355 p.
- Frinault T., 2005, « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, 2005/4 n° 72, p. 11-31.
- Frinault T., 2009, *La dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 240 p.
- Fusulier B., 2011, « Le concept d'ethos », *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], 42-1, mis en ligne le 20 septembre 2011, consulté le 24 juillet 2014. URL : <http://rsa.revues.org/661>.
- Galland O., 1981, « L'esprit de fuite », *Esprit*.
- Galland O., 1984, *Les jeunes*, Paris, La Découverte, 123 p.
- Gallou R., 2005, « Le vieillissement des immigrés en France », *Politix*, (4), pp. 57-77.
- Galtier B. et Mansuy M., 2011, « Politiques sociales locales : champs d'intervention et dépenses », *Revue française des affaires sociales*, 2011/4, n° 4, pp. 11-27.

Gamson W., 1992, « The social psychology of collective action », in *Frontiers in social movement theory*, Morris A. D., Mc Clurg C. (eds.), New Haven, Yale University Press, pp. 53-76.

Gaudmer M., 1962, « L'action sociale en faveur des personnes âgées. Rôle des caisses régionales de sécurité sociale et de la Caisse nationale de sécurité sociale », *Bulletin du service social des organismes de sécurité sociale*, n° 84.

Gaullier X., 1975, *Une politique municipale de la vieillesse : la région grenobloise (1965-1975)*, Paris, Fondation des villes, 129 p.

Gaullier X., 1982, *L'avenir à reculons. Chômage et retraite*, Paris, Editions ouvrières.

Gaullier X., 1992, « Le risque vieillesse, impossible paradigme », *Sociétés contemporaines*, vol. 10, n° 10, pp. 23-45.

Gaullier X., 1999, *Les temps de la vie. Emploi et retraite*, Paris, Esprit.

Geertz C., 1996, *Ici et là-bas. L'anthropologue comme auteur*, Paris, Métailié, 152 p.

Gilbert G., 2008, « Quand l'acte de conduire se résume à bien se conduire. À propos du cadrage du problème « sécurité routière », *Réseaux*, 2008/1, n° 147, pp. 21-48.

Giraud C., 2011, *Qu'est-ce que l'engagement ?*, Paris, L'Harmattan, 287 p.

Goffmann E., 1968, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les éditions de Minuit.

Gordin J., 1980, « Un grand problème gériatrique, l'évaluation de la perte d'autonomie », *Revue de Gériatrie*, tome 5, n° 8.

Goudet B., 2004, « La loi de santé publique du 9 août 2004 : une analyse sociologique », *Santé publique*, 2004/4, vol. 16, pp. 597-604.

Gros F., 1996, *Michel Foucault*, Paris, PUF, 126 p.

Grossetête M., 2008, *La sécurité routière au radar des inégalités sociales. Codage et décodage d'un problème public*, thèse de doctorat en science politique, sous la direction d'Eric Darras et Jean-Louis Loubet del Bayle, Université de Toulouse.

Grossetête M., 2012, « Les inégalités sociales face à la sécurité routière », in *La sécurité routière : enjeux publics et société civile*, Cunegatti H. et Suaud C. (sous la dir.), Paris, L'Harmattan, pp. 77-90.

Grossetti M., 2004, *Sociologie de l'imprévisible. Dynamiques de l'activité et des formes sociales*, Paris, PUF.

Grossetti M., 2010, « Imprévisibilités et irréversibilités : les composantes des bifurcations », in Bessin M., Bidart C., Grossetti M. (dir), *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et aux événements*, Paris, La Découverte, pp. 147-159.

Gruel L. « Conjurier l'exclusion. Rhétorique et identité revendiquée dans des habitats socialement disqualifiés », *Revue française de sociologie*, vol. XXVI, pp. 431-453.

Gucher C., 1998, *L'action gérontologique municipale. Une entreprise de définition de la vieillesse et de ses pratiques*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 304 p.

Gucher C. (dir.), 2012a, *La gérontologie sociale. Héritages et réflexions contemporaines*, Paris, L'Harmattan, coll. « La gérontologie en actes », 303 p.

Gucher C., 2012b, *Vieillesse différenciées et « effets de milieu » : contribution à une théorie sociologique du vieillissement et de la vieillesse*, HDR, Université de Grenoble.

Gucher C., Alvarez S., Chauveaud C., Gallet M.-A., Laforgue D., Warin P., 2011, « Non recours et non adhésion : la disjonction des notions de « qualité de vie » et « qualité de l'aide à domicile », *Rapport de recherche CNSA-DREES-MiRe*, 293 p.

Gucher C. (dir.), Mansanti D., Guillaudot E., Mollier A. et Alvarez S., *L'action sociale en direction des retraités et des personnes âgées : bilan, enjeux et perspectives*, CGT – contrat d'études IRES 2012.

Guillaume J.-F., « Les parcours de vie entre aspirations individuelles et contraintes structurelles », *Informations sociales*, 2009/6, n° 156, pp. 22-30.

Guillemard A.-M., 1972, *La retraite, une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*, Paris, Mouton, 304 p.

Guillemard A.-M., 1980, *La vieillesse et l'État*, Paris, PUF.

Guillemard A.-M., 1983, « Les politiques de la vieillesse », *Communications*, vol. 37, pp. 105-123.

Guillemard A.-M., 1986, *Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*, Paris, PUF, 396 p.

Guillemard A.-M., 1988, « État et politique sociale. Le cas de la politique française de la vieillesse », *Les cahiers de la recherche sur le travail social*, 15/88, Caen, CRTS, pp.115-136.

Guillemard A.-M., 2002, « De la retraite mort sociale à la retraite solidaire », *Gérontologie et société*, n°102, pp. 53-66.

Guillemard A.-M., 2003, *L'âge de l'emploi. Les sociétés à l'épreuve du vieillissement*, Paris, Armand Colin.

Gusfield J., 2009, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Editions Economica, 354 p.

Hamelin F., 2008, *Les radars et nous. Regards croisés sur l'acceptation du contrôle automatisé des vitesses par les Français*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales.

Hamelin F. et Spenlehauer V., 2008, « L'action publique de sécurité routière en France. Entre rêve et réalisme », *Réseaux*, 2008/1, n° 147, pp. 49-86.

Hatzfeld H., 1975, *Du paupérisme à la Sécurité sociale : essai sur les origines de la Sécurité sociale : 1850-1940*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 349 p.

Haut Comité Consultatif de la Population et des Familles, 1962, *Politique de la vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque*, Paris, La Documentation Française, 438 p.

Haut Conseil de la Santé Publique, 2011, *Evaluation du plan national Bien vieillir 2007-2009*, La Documentation française, 90 p.

Havighurst R., Albrecht. R., 1953, *Older people*, New York, Longmans, Green and co.

Havighurst R., 1954, « Flexibility and the social roles of the retired », *American journal of sociology*, vol. 59, n° 4, pp. 309-311.

Hayek F., 1981, *Droit, législation et liberté*, PUF, Paris.

Heitz R., 2012, « L'amélioration de la sécurité routière : une articulation entre volonté politique et mesures concrètes », in *La sécurité routière : enjeux publics et société civile*, Cunegatti H. et Suaud C. (sous la dir.), Paris, L'Harmattan, pp. 47-58.

Héritier F., 2012, *Le sel de la vie : lettre à un ami*, Paris, Odile Jacob, 91 p.

Hughes E., 1996, *Le regard sociologique : essais choisis*, textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Paris, Ed. de l'EHESS, 344 p.

Hughes E., 1958, *Men and their work*, Glencoe, Free Press.

INSEE, 2008, « Précarité dans l'agglomération de Grenoble : pas uniquement dans les zones urbaines sensibles », *INSEE Rhône-Alpes La Lettre*, n° 99, novembre 2008.

INSEE, 2012, *Tableaux de l'économie française*

Inspection générale des affaires sociales, 2003, *Rapport Santé, pour une politique de prévention durable*, La Documentation française, 399 p.

Inspection générale des affaires sociales, 2011, *Rapport société et vieillissement*, 334 p.

Iribarne P. (D'), 1989, *La logique de l'honneur. Gestion des entreprises et traditions nationales*, Paris, Le seuil, « Sociologie », 279 p.

Jobert B., 1992, « Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques », *Revue Française de Science Politique*, 42^{ème} année, n° 2, pp. 219-234.

Jullien B. et Lung Y., 2011, *Industrie automobile, la croisée des chemins*, Paris, La Documentation Française, 136 p.

Kaplan G. A. et Strawbridge W. J. (dir.), *Behavioral and social factors in healthy aging*, New York : Springer.

Katz S. *et al.*, 1963, "Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL. A Standardized Measure of Biological and Physiological Function", *Journal of American Medical Association*, 185, pp. 914-919.

Kay W., 1989, « Ageing of the population : measuring the need of care », *Age and ageing*, n° 18.

Kletzlen A., 2000, *L'automobile et la loi : comment est né le code de la route*, Paris, L'Harmattan, coll. Logique sociales.

Kohli M., 1986, « The world we forgot : a historical review of the life course », in V. Marshall (ed.), *Later life. The social psychology of aging*, Beverly Hills, Sage.

Kuntzmann F. *et alii*, 1982, « Evaluation des besoins des pensionnaires des établissements gériatriques. Résultats d'une étude préliminaire et présentation d'une grille permettant d'appréhender la dépendance globale d'une population vivant en institution », *Revue de gériatrie*, tome 7, n°6, juin, pp. 161-173.

Laferrère A., 2006, « Vieillesse et logement : désépargne, adaptation de la consommation et rôle des enfants, *Retraite et société*, 2006/1, pp. 65-108.

Lafon B. et De Oliveira J.-P., 2012, « Le cancer et la maladie d'Alzheimer, des chantiers présidentiels », *Communication* [En ligne], vol 30/1, mis en ligne le 29 novembre 2012, consulté le 09 avril 2014. URL : <http://communication.revues.org/2863>

Lafore R., 2004, « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du « département providence », *Revue française des affaires sociales*, n° 4.

Lalivé d'Epinay C., 1991, *Vieillir ou la vie à inventer*, Paris, L'Harmattan, 303 p.

Lalivé d'Epinay C., 1994, « La construction sociale des parcours de vie et de la vieillesse en Suisse au cours du 20^{ème} siècle », in G. Heller (ed.), *Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande*, Lausanne : SHSR & Editions d'en bas, pp. 127-150.

Lalive d'Epinay C., 1996, *Entre retraite et vieillesse. Travaux de sociologie compréhensive*, Lausanne, Ed. Réalités sociales.

Lalive d'Epinay C., Bickel J.-F., Cavalli S. et Spini D., 2005, « Le parcours de vie : émergence d'un paradigme interdisciplinaire », in *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*, Guillaume J.-F. (dir.), Liège, Editions de l'Université de Liège, 214 p.

Lalive d'Epinay C., Spini D., 2008, *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingt ans*, Québec, Presses de l'Université de Laval, coll. Sociologie contemporaine, 348 p.

Lascoumes P., 1996, « Rendre gouvernable : de la traduction au transcodage, l'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique », in *La gouvernabilité*, CURAPP, Paris, PUF, 400 p.

Lascoumes P., 2003, « Gouverner par les instruments. Ou comment s'instrumente l'action publique ? », *La politisation*, Paris, Belin, pp. 387-401.

Lavoie J.-P., 2000, *Familles et soutien aux parents âgés dépendants*, Paris, L'Harmattan.

Lawton M. P. & Brody E. M., 1969, "Assessment of Older People: Self Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living", *The Gerontologist*, 9, pp. 179-186.

Le Breton D., 2000, *Passions du risque*, Paris, Métailié.

Le Breton D., 2011, *Anthropologie du corps et de la modernité*, Paris, PUF.

Le Breton D., 2012, *Sociologie du risque*, Paris, PUF, 127 p.

Lecompte D., 2002, *De la complexité en prévention spécialisée*, Paris, L'Harmattan, 132 p.

Le Galès P., & Lascoumes P., 2005, « Gouverner par les instruments », *Sciences Po Les Presses*, pp. 123-161.

Legrand M., 1990, « Du néo-bénévolat au “nouvel âge” », *Gérontologie et société*, n° 55, pp. 59-69.

Lenoir R., 1979, « L’invention du « troisième âge », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol 26-27, pp. 57-82.

Leroux R. *et alii*, 1981, « Visualisation d’une échelle simple d’autonomie : Géronte », *Revue de gériatrie*, tome 6, n°9, novembre, pp. 433-436.

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, *Journal officiel* du 3 janvier 1971.

Loi n°70-534 du 30 juin 1975 d’orientation en faveur des personnes handicapées, *Journal officiel* du 1^{er} juillet 1975.

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, *Journal officiel* du 1^{er} juillet 1975.

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 *tendant, dans l’attente du vote de la loi instituant une prestation d’autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées pour l’institution d’une prestation spécifique dépendance*, *Journal officiel* du 25 janvier 1997.

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 *relative à la prise en charge de la perte d’autonomie des personnes âgées et à l’allocation personnalisée d’autonomie*, *Journal officiel* du 21 juillet 2001.

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 *renovant l’action sociale et médico-sociale*, *Journal officiel* du 3 janvier 2002.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Journal officiel* du 5 mars 2002.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, *Journal officiel* du 11 août 2004.

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 *relative aux libertés et responsabilités locales*, *Journal officiel* du 17 août 2004.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *Journal officiel* du 22 juillet 2009.

Lory B., 1975, *La politique d'action sociale*, Paris, Privat.

Macherey P., 2009, *De Canguilhem à Foucault, la force des normes*, Paris, La Fabrique, 140 p.

Mallon I., 2004, *Vieillir en maison de retraite : le dernier chez-soi*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Marchetti D., « L'État sur la route des médias. Le traitement du risque routier dans la presse française », in *La sécurité routière : enjeux publics et société civile*, Cunegatti H. et Suaud C. (sous la dir.), Paris, L'Harmattan, pp. 91-114.

Marquis N. et Fusulier B., 2008, « La notion de profession à l'épreuve de la flexibilité », *Pensées plurielles*, n° 18, pp. 9-19.

Martin C., 2003a, « Les solidarités familiales : bon ou mauvais objet sociologique ? », in Debordeaux D., Strobel P. (dir.), *Les solidarités familiales en questions. Entraide et transmission*, Paris, LGDJ, p. 43.

Martin C., 2003b, « Vieillir autonome : un défi européen », in Martin C. (dir.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Paris, Ed. PUR/ENSP, pp. 9-25.

Martuccelli D., 2006, *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, Armand Colin, 479 p.

Masoro E. J., 2001, « Successful aging. Useful or misleading concept ? », *The gerontologist*, n° 41, vol. 3, pp. 415-418.

Maurin E., 2004, *Le ghetto français, enquête sur le séparatisme social*, Paris, Le seuil, 95 p.

Memmi A., 1979, *La dépendance, esquisse pour un portrait du dépendant*, Paris, Gallimard.

Memmi A., 1998, *Le buveur et l'amoureux. Le prix de la dépendance*, Paris, Arléa.

Menger P. M., 2003, « Introduction », in *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, sous la direction de Menger P. M., Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme Paris, pp. 1-26.

Merrien F.-X., 1993, « Les politiques publiques, entre paradigmes et controverses », in *Les raisons de l'action publique*, CRESAL, Paris, L'Harmattan, pp. 87-100.

Merrien F.-X., 2000, *L'Etat-providence*, Paris, PUF, 127 p.

Michel E., Jouglu E., Hatton F., Chérié L., 1995, « Principaux indicateurs de mortalité », document de travail INSERM-DGS, 24 p.

Ministère des Affaires sociales et de la solidarité, 1990, « Choisir ou construire une grille de dépendance – quelques questions préalables », *Bulletin officiel*, n°90-20 bis.

Ministère de la Santé et des Solidarités, *Programme National Nutrition Santé 2006-2011*, 51 p.

Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, *Plan national « Bien vieillir » 2007-2009*, 35 p.

Monorey R., 1976, *The family and the state*, London, Longamm.

Morin E., 1966, « Adolescents en transition », *Revue Française de Sociologie*, VII.

Morin E., 1986, « L'entrée dans la vie adulte et prolongation de l'adolescence », in *Les jeunes, l'école et la société*, Galland O., C.R.D.P., Grenoble.

Moulias, R., 2004, « Naissance et histoire de la gériatrie et de la gérontologie », *Livre Blanc de la Gériatrie Française. Collège Professionnel des Gériatres Français*, Paris: ESV, pp. 85-87.

Moulias R., 2008, « Nouvelles technologies: aspects éthiques des applications à la gériatrie et à la gérontologie », *Gérontologie et société*, (3), pp. 129-139.

Neugarten, B., 1974, « Age groups in American society and the rise of the young old », *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 415, p. 187-198.

Ngatcha-Ribert L., 2004, « Maladie d'Alzheimer et société : une analyse des représentations sociales », *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, vol. 2, n° 1, pp. 49-66.

Noiriel G., 1986, *Les ouvriers dans la société française XIXe-XXe siècle*, Paris, Le Seuil.

OMS, 1986, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*.

Padioleau J. G., « La lutte contre le tabagisme : action politique et régulation étatique de la vie quotidienne », *Revue Française de Science Politique*, vol. 27, n° 6, pp. 932-959.

Paicheler G., 2004, « Les expertises dans le cadre de la communication publique sur le SIDA en France : recours à la recherche ou appui sur l'expérience », Colloque *Sciences, Medias et Société*, 15-17 juin 2004, Lyon, ENS-LSH, http://sciences-medias.ens-lsh.fr/article.php3?id_article=68

Paillat P., 1997, « Le rapport Laroque et son héritage : un regard rétrospectif », *Gérontologie et société*, n° 81, pp. 25-42.

Palier B., 2008, « De la demande à l'offre, les réformes de la protection sociale en France », in Guillemard A.-M. (ed.), *Où va la protection sociale*, Paris, PUF, pp. 119-138.

Palier B. et Bonoli G., 1995, « Entre Bismarck et Beveridge : crises de la sécurité sociale et politique(s) », *Revue Française de Science Politique*, vol. 45, pp. 668-699.

Papadaniel Y., Rossi I. et Foucart J. (sous la dir.), 2009, « Accompagnement : le lien social sous tension », *Pensée plurielle*, 2009/3, n° 22.

Paquet M., 1999, *Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes*, Paris, L'Harmattan.

Paugam S., 2009 (1^{ère} éd., 1991), *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, nouvelle édition « quadriges », 256 p.

Percheron A., 1991, « Police et gestion des âges », *Age et politique* (sous la dir. de R. Rémond et A. Percheron), Paris, Editions Economica, 278 p.

Peretti-Watel P., 2010, « Morale, stigmatisation et prévention : la prévention des conduites à risque juvéniles », *Agora débats/jeunesse*, n° 56.

Peretti-Watel P et Moatti J.-P., 2009, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Le Seuil, 106 p.

Périnel C., 1996, « L'expérimentation de la prestation spécifique dépendance », *Retraite et société*, n° 15, pp. 36-47.

Périnel C., 1999, « La démarche qualité pour l'action sociale : enjeux et propositions », *Retraite et société*, n° 25, pp. 19-26.

Périnel C., 2008, « L'action sociale de la CNAV. Une politique ambitieuse de prévention de la perte d'autonomie et d'aide au maintien à domicile », *Gérontologie et société*, 2008/2, n° 125, pp. 185-199.

Peugny C., 2007, *La mobilité sociale descendante, l'épreuve du déclassement*, thèse de doctorat en sociologie, sous la direction d'A. Chenu, Institut d'Etudes Politiques de Paris.

Peyre V. et Tétard F., 1985, « Les enjeux de la prévention spécialisée », in *Lectures sociologiques du travail social*, Paris, Les éditions ouvrières.

Peyrefitte A., 1977, *Réponses à la violence*, Paris, La Documentation Française.

Philibert M., 1968, *Les échelles d'âge*, Paris, Le Seuil.

Pigenet, M., 2008, *Retraite: une histoire des régimes spéciaux*, ESF Editeur.

Poirier J., 2012, Préface à l'ouvrage *25 ans d'histoire : les retombées de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*, Montréal, Ed. REFIPS, 97 p.

Poulain H., 1984, *L'art et l'automobile*, Arles, Sud Edition, 295 p.

Poulain J.-P., 2001, « Mettre les obèses au régime ou lutter contre la stigmatisation de l'obésité ? Les dimensions sociales de l'obésité », *Cahiers de nutrition et de diététique*, n° 36, vol. 6, pp. 391- 404.

Puijalon J. et Trincas B., 2010, « Vieillir en terre hostile », in Carbonnelle S. (coord.), *Penser les vieillesses. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris, Seli Arslan, pp. 21-36.

Rapport de Ladoucette, 2011, *Rapport bien-être et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir*, 38 p.

Rauch A., 1995, *Histoire de la santé*, Paris, PUF.

Raymond E., Sévigny A., Tourigny A., 2011, « La participation sociale : bonne pour la santé des aînés, mais non exempte d'inégalités », *La santé de l'homme*, n° 411, pp. 25-27.

Renard B., 1992, « Une vieillesse républicaine ? », *Sociétés contemporaines*, n° 10, pp. 9-22.

Revel J., 2008, *Dictionnaire Foucault*, Paris, Ellipses, 173 p.

Rey R., 1993, « Hygiène et souci de soi dans la pensée médicale des lumières », *Communications*, n° 56, pp. 25-39.

Rigaux N., 1992, *Raison et déraison : discours médical et démence sénile*, Bruxelles, De Boeck, 223 p.

Rigaux N., 2003, « Des individus dans la ville », in *Santé mentale, ville et violences*, Joubert M. (dir.), Paris, Ed. Erès, pp. 265-285.

Robert G., 2005, « Genèse et évolution du concept de prévention en matière de santé », in *La prévention : concept, politiques, pratiques en débat*, Bouquet B. (dir), Paris, L'Harmattan, pp.19-32.

Robine J.-M. et Colvez A., 1984, « Espérance de vie sans incapacité et ses composantes : de nouveaux indicateurs pour mesurer la santé et les besoins de la population », *Population*, 39^{ème} année, n°1, pp. 27-45.

Roché S., 2002, « Le travail social à l'ère de l'insécurité », préface à l'ouvrage *La prévention dans tous ses états*, Berlioz G., 2002, Paris, L'Harmattan, 164 p.

Rosanvallon P., 1990, *L'État en France de 1789 à nos jours*, Paris, Le Seuil, 369 p.

Rosow I., 1985, « Status and role change through the life cycle », in Binstock R. H. et Shans E. (dir.), *Handbook of aging and the social sciences*, New York, Van Nostrand Reinhold Company, pp. 62-93.

Rowe J.W. et Kahn R. L., 1987, « Human aging : usual and successful », *Science*, 237 (4811), pp. 143-149.

Rowe J. W. et Kahn R. L., 1997, « Successful aging », *The gerontologist*, 37 (4), pp. 433-440.

Rowe J. W. et Kahn R. L., 1998, *Successful aging*, New York : Pantheon Books.

Saint Laurent A. et Dejardin P., 2012, « Conception d'actions innovantes et modélisation : l'exemple des centre de prévention AGIRC-ARRCO », *Gérontologie et société*, hors-série, pp. 119-126.

Sanchez E., 2012, « Expérimentations et enseignements du GPS AG2R La Mondiale », *Gérontologie et société*, hors-série, pp. 261- 271.

Sapin M., Spini D., et Widmer E., *Les parcours de vie*, Lausanne, Presses Polytechniques et Universitaires Romandes, 135 p.

Sartre J.-P., 1976, *L'être et le néant*, Paris, Gallimard.

Saurugger S., 2002, « L'expertise, un mode de participation des groupes d'intérêt au processus décisionnel communautaire », *Revue française de science politique*, vol. 52, n° 4, pp. 375-401.

Schès C., 1980, « Hygiène publique et ordre social. Essai d'interprétation historique », *Les temps modernes*, 36^{ème} année, n°142, pp. 908-929.

Schön D. et Rein M., 1994, *Frame reflection, toward the resolution of intractable policy controversies*, New York, Harper Collins Publisher, Basic Books.

Schnapper D., 1989, « Rapport à l'emploi, protection sociale et statuts sociaux », *revue française de sociologie*, 31-1, pp. 3-29.

Secrétariat d'État chargé des personnes âgées, 1982, *Retraités et personnes âgées, politique sociale et médico-sociale*, circulaire du 7 avril 1982.

Sennett R., 1992, *La ville à vue d'œil. Urbanisme et société*, Paris, Plon.

Services du premier ministre – comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, *Sur l'éducation sanitaire et sociale. Rapport présenté par Mr Legrand, administrateur civil*, 1972.

Sewell W. H., 2010, « Trois temporalités : vers une sociologie événementielle », in Bessin M., Bidart C., Grossetti M. (dir), *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et aux événements*, Paris, La Découverte, pp. 109-146.

Sieurin A., Cambois E. et Robine J.-M., 2011, « Les espérances de vie sans incapacités en France. Une tendance moins favorable que par le passé », document de travail, n°170, INED.

Simmel G., 2013, *Les grandes villes et la vie de l'esprit*, suivi de *Sociologie des sens*, traduit de l'allemand par Jean-Louis Vieillard-Baron et Frédéric Joly, Paris, Payot, « Petite bibliothèque », 110 p.

Sina F., 2002, *Champ de la sécurité et prévention des illégalismes : pour une analyse sociologique des enjeux relatifs aux politiques locales de prévention et de sécurité*, thèse de doctorat en sociologie, sous la direction de J. M. Faure, Université de Nantes.

Sina F., 2002, « Contrats locaux de sécurité. La montée en puissance de la prévention situationnelle », *Les cahiers de la recherche intérieure*.

Spencehauer V. et Lassarre S., 2003, « La recherche sur l'insécurité routière », *Revue Pour la Science*, n° 309, pp. 72-77.

Strauss A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis et présentés par I. Baszanger, Paris, L'Harmattan.

Sullivan D., 1971, « A single index of mortality and morbidity », *HSMHA Health Rep.*, 86, 4, pp. 347-354.

Tabuteau D., 2010, « Loi HPST : des interrogations pour demain », *Santé publique*, 2010/1, vol. 22, pp. 78-90.

Tauran T., 2000, *Les régimes spéciaux de sécurité sociale*, Paris, PUF.

Tétard F., 1986, « Sauver notre jeunesse... », in *Politiques de prévention et action sociale*, Annales de Vaucresson, n° 24.

Thomas H., 1996, *Vieillesse dépendante et désinsertion politique*, Paris, L'Harmattan, 195 p.

Thomas H., 1997, *La production des exclus*, Paris, PUF.

Thomas H., 2005, « Le «métier» de vieillard. Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse », *Politix*, (4), pp. 33-55.

Thomas H., 2008, « Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience etc. De l'usage et de la traduction de notions éponges en sciences de l'homme et de la vie », *Terra-Ed.*, coll. « Esquisses ».

Thomas H., 2010, *Les vulnérables. La démocratie contre les pauvres*, Bellecombe-en-Bauges, Ed. du Croquant, coll. « Terra ».

Thomas W., 1928, *The child in America : behavior, problems and programs*, A. A. Knopf, 583 p.

Tricon R., 2014, « Eléments pour une jouissance spatiale », *Urbanités*, n° 3.

Trillard A., 2012, « Penser les mesures de prévention en faveur du bien vieillir », *Gérontologie et société*, hors-série, pp. 19-25.

Vetel J.-M., 1996, « Choix d'un médicament en fonction de ses effets indésirables et prévisibles », *La revue de gériatrie*, vol. 21, n° 7, pp. 469-472.

Vezina, J., Bourque, P., & Bélanger, Y., 1988, « Dépression, anxiété et bien-être suite aux différentes périodes de deuil chez les personnes âgées », *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*, 7(04), pp. 382-390.

Viriot- Durandal J.-P., 2009, « Les retraités : acteurs en mouvement dans l'espace public », in *Activités physiques et sportives et vieillissement : enjeux sanitaires et sociaux*, G. Ferréol (dir.), EME, pp. 155-169.

Voegtli M., 2004, « Du jeu de le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence », *Liens social et politiques*, n° 54, pp. 145-158.

Von Bueltzingloewen I., 2012, « Retour sur les origines de *La santé de l'homme* », *La santé de l'homme*, 420, septembre 2012, pp. 17-18.

Weber M., 1965, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon.

Wyvekens A., 2008, « Quand l'urbain rencontre la sécurité. La prévention spécialisée en France aujourd'hui », *Revue de droit pénal et de criminologie*, n° 9-10, pp. 887-900.

Zimmermann-Sloutskis D. Moreau-Gruet F. et Zimmermann E., 2012, *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution*, Rapport Obsan 54, Neuchâtel, 85 p.

Webographie

www.ag2rlamondiale.fr

www.agirc-arrco.fr

www.agircarrco-actionsociale.fr

www.cpagrenoble.fr

www.michele-delaunay.net

www.lassuranceretraite.fr

www.sante.gouv.fr

Liste des figures

Figure 1 : Évolution des différentes courbes d'espérance de vie, par sexe, entre 2005 et 2011, en France. Source : INSERM, 2013. p. 106

Figure 2 : Tableau récapitulatif des deux pôles de la prévention dans le vieillissement, en fonction de leur apparition dans le forum des débats ou dans l'arène politique. p. 133

Figure 3 : Capture d'écran du site de la CNAV, www.lassuranceretraite.fr p. 158

Figure 4 : Postures épistémologiques et conception de l'événement. Source : Bessin, Bidart, Grossetti, 2010b. p. 203

Résumé : L'objectif de cette thèse est de questionner les expériences individuelles du vieillissement dans un contexte de structuration d'une politique de prévention. Il s'agit tout d'abord de questionner le sens de l'élaboration d'une politique de prévention de la dépendance en vue de « bien vieillir » et de mettre à jour la production sociale d'un discours sur les parcours du vieillir. Une lecture foucauldienne, en termes de gouvernement des corps, fait apparaître la prévention dans le vieillissement comme une tentative de définition des pratiques et des modes de vie de la vieillesse, par une sécurisation et une normalisation des parcours individuels de vieillissement. La recherche restitue alors la diversité des acteurs qui concourt à la constitution de *carrières* institutionnelles autour de la dépendance – la prévention venant en amont : des acteurs politiques tout d'abord, qui ont participé à la mise sur l'agenda gouvernemental d'une nouvelle forme de problématisation de la vieillesse, en s'appuyant sur des recherches scientifiques sur le « vieillissement réussi », élaborées par des gériatres et des psychologues à la fin des années 90. La politique de prévention implique également des acteurs traditionnels des politiques de la vieillesse et du vieillissement : les caisses de retraite du régime général et les caisses de retraite complémentaire, par leurs fonds d'action sociale, mettent en œuvre des programmes d'action orientés vers les plus « fragiles » des retraités et participent à la construction du champ de la prévention de la dépendance.

La thèse, qui repose sur une mise en confrontation du discours des personnes âgées et du discours de la prévention, montre l'écart qui existe entre celles et ceux qui vivent la vieillesse et ceux qui la traitent et tentent de la prendre en charge, et remet en cause les périodisations de la vie que les politiques publiques contribuent à construire. Une sociologie des parcours de vie pointe le fait que l'expérience du vieillissement et le rapport à la prévention sont dépendants de l'inscription dans des classes sociales particulières. L'ancrage social est apparu comme fortement discriminant des pratiques quotidiennes, des modes de vie, des capacités et des compétences mobilisées et mobilisables, tout autant que des perceptions des parcours de vie et des trajectoires de vieillissement. Le vieillissement apparaît alors dans cette étude comme un temps de maturation, lors duquel les individus relisent leur passé, à la faveur des événements centraux de leur parcours de vie et de l'idée qu'ils se font de leur futur.

Mots-clés : politiques du vieillissement, prévention, « bien vieillir », normes sociales, événements, parcours de vie, expériences du vieillissement.

Abstract: The objective of this thesis is to question the individual experiences of aging in the context of a prevention policy structuration. This is first of all to question the direction of policy development for the prevention of dependence in order to "aging well" and to update the social production of a speech on the route of the old. A reading Foucault in terms of government bodies, brings up prevention in aging as an attempt to define practices and lifestyles of old age, a security and standardization of individual pathways of aging. The search then returns the diversity of actors contributing to the creation of institutional careers around dependence - prevention from upstream: the political actors first, who participated in setting the agenda for a new government problematization form of old age, based on scientific research on the "successful aging", developed by geriatricians and psychologists in the late 90s. Prevention policy also involves traditional actors of old age policies and aging: the cases of the state pension and supplementary pension funds, through their social action fund, implement actions for "frailty" retired and participate in the construction of the field of prevention of dependence.

The thesis, based on a formal comparison of the speech of the elderly and speech of prevention, shows the gap between those who are aging and those who treat it and try to take in charge, and questions the periodization of life that public policies build. A sociology of life course points to the fact that the experience of aging and to prevention are dependent on position on special social classes. The social roots appeared to be highly discriminating concerning daily practices, lifestyles, abilities and skills mobilized, as well as perceptions of life course trajectories and aging. Aging then appears in this study as a time of maturation, during which individuals proofread their past, thanks to the central events of their life course and their perception of their future.

Key words : Aging policies, prevention, "aging well", social norms, events, life course, aging experiences.